

NEUSA DE QUEIROZ SANTOS

**O USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS E A ECOLOGIA DAS
BACTÉRIAS - ANTIBIÓTICO - RESISTENTES ASSOCIADAS À
PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR: CONHECIMENTO
E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, A LUZ DA ÉTICA DA
RESPONSABILIDADE DE HANS JONAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

/OA
■ 131

**O USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS E A ECOLOGIA DAS
BACTÉRIAS - ANTIBIÓTICO - RESISTENTES ASSOCIADAS À
PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR: A LUZ DA ÉTICA
DA RESPONSABILIDADE DE HANS JONAS**

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Universidade Federal de Santa
Catarina, para a obtenção do título de Doutor em
Enfermagem, área de concentração Filosofia,
Saúde e Sociedade.*

NEUSA DE QUEIROZ SANTOS

ORIENTADORA:
DRA. ALACOQUE LORENZINIERDMANN

08 de Julho de 2002

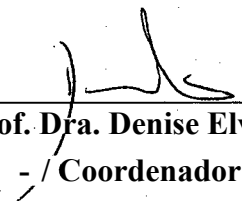
**O USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS E A ECOLOGIA
DAS BACTÉRIAS - ANTIBIÓTICO - RESISTENTES ASSOCIADAS
À PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR:
CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, À
LUZ DA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE DE HANS JONAS**

NEUSA DE QUEIROZ SANTOS

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOCTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 08 de julho de 2002 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Prof. Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- / Coordenadora do PEN/UFSC -

BANCA EXAMINADORA:



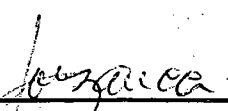
Dra. Alacõque Lorenzini Erdmann
- Presidente -



Dr. Paulo Pinto Gontijo Filho
- Membro -




Dr. Volnei Garrafa
- Membro -



Dr. Corenço Zancanaro
- Membro -



Dra. Maria Helena B. Westrupp
- Membro -



Dra. Rosane Opnçalves Nitschke
- Suplente -

Dedicatória

Ao chefe Seattle “i/i *memorian*”**

Este documento - dos mais belos já escritos sobre o uso do solo - vem sendo intensamente divulgado pela Organização das Nações Unidas. É uma carta escrita, em 1854, pelo Chefe Seattle ao Presidente dos EUA, Frsinklín Pierce, quando este propôs comprar as terras de sua tribo, concedendo-lhe uma outra “reserva”.

“Como é que se pode comprar ou vender o céu, o calor da terra? Essa idéia nos parece estranha.

Se não possuímos o frescor do ar e o brilho da água, como é possível comprá-los?

Cada pedaço desta terra é sagrado para o meu povo. Cada ramo brilhante de um pinheiro, cada punhado de areia das preiias, a penumbra na floresta densa, cada clareira e inseto a zumbir são sagrados na memória e experiência de meu povo. A seiva que percorre o corpo das árvores carrega consigo as lembranças do homem vermelho.

Os mortos do homem branco esquecem sua terra de origem quando vão caminhar entre as estrelas. Nossos mortos jamais esquecem esta bela terra, pois ela é a mãe do homem vermelho. Somos parte da terra e ela faz parte de nós. As flores perfumadas são nossas irmãs; o cervo, o cavalo, a grande águia são nossos irmãos. Os picos rochosos, os sulcos úmidos nas campinas, o calor do corpo do potro e o homem - todos pertencem à mesma família.

Portanto, quando o Grande Chefe em Washington manda dizer que deseja comprar nossa terra, pede muito de nós. O Grande Chefe diz que nos reservará um lugar onde possamos viver satisfeitos. Ele será nosso pai e nós seremos seus filhos. Portanto, nós vamos considerar sua oferta de comprar nossa terra. Mas isso não será fácil. Esta terra é sagrada para nós.

Essa água brilhante que escorre nos riachos não é apenas água, mas o sangue de nossos antepassados. Se lhes vendermos a terra, vocês devem lembrar-se de que ela é sagrada, e devem ensinar às suas crianças que ela é sagrada e que cada reflexo nas águas límpidas dos lagos fala de acontecimentos e lembranças da vida do meu povo. O murmúrio das águas é a voz de meus ancestrais.

Os rios são nossos irmãos, saciam nossa sede. Os rios carregam nossas canoas e alimentam nossas crianças. Se lhes vendermos nossa terra, vocês devem lembrar e ensinar a seus filhos que os rios são nossos irmãos, e seus também. E, portanto, vocês devem dar aos rios a bondade que dedicariam a qualquer irmão.

Sabemos que o homem branco não compreende nossos costumes. Uma porção de terra, para ele, tem o mesmo significado que qualquer outra, pois é um forasteiro que vem á noite e extrai da terra aquilo que necessita. A terra não é sua irmã, mas sua inimiga, e quando ele a conquista, prossegue seu caminho. Deixa para trás os túmulos de seus antepassados e não se incomoda. Rapta da terra aquilo que seria de seus filhos e não se importa. A sepultura de seu pai e os direitos de seus filhos são esquecidos. Trata sua mãe, a terra, e seu irmão, o céu, como coisas que possam ser compradas, saqueadas, vendidas como carneiros ou enfeites coloridos. Seu apetite devorará a terra, deixando somente um deserto.

Eu não sei, nossos costumes são diferentes dos seus. A visão de suas cidades fere os olhos do homem vermelho. Talvez seja porque o homem vermelho é um selvagem e não compreenda.

Não há um lugar quieto nas cidades do homem branco. Nenhum lugar onde se possa ouvir o desabrochar de folhas na primavera ou o bater das asas de um inseto. Mas talvez seja porque eu sou um selvagem e não compreendo. O ruído parece somente insultar os ouvidos. E o que resta da vida se um homem não pode ouvir o choro solitário de uma ave ou o debate dos sapos ao redor de uma lagoa à noite? Eu sou um homem vermelho e não compreendo. O índio prefere o suave murmúrio do vento encrespando a face do lago, e o próprio vento, limpo por uma chuva diurna ou perfumado pelos pinheiros.

O ar é precioso para o homem vermelho, pois todais as coisas compartilham o mesmo sopro - o animal, a árvore, o homem, todos compartilham o mesmo sopro. Parece que o homem branco não sente o ar que respira. Como um homem agonizante há vários dias, é insensível ao mau cheiro. Mas se vendermos nossa terra ao homem branco, ele deve lembrar que o ar é precioso para nós, que o ar compartilha seu espírito com toda a vida que mantém. O vento que deu a nosso avô seu primeiro inspirar também recebe seu último suspiro. Se lhes vendermos nossa terra, vocês devem mantê-la intacta e sagrada, como um lugar onde até mesmo o homem branco possa ir saborear o vento açucarado pelas flores dos prados.

Portanto, vamos meditar sobre sua oferta de comprar nossa terra. Se decidirmos aceitar, imporei uma condição; o homem branco deve tratar os animais desta terra como seus irmãos.

Sou um selvagem e não compreendo qualquer forma de agir. Vi um milhar de búfalos apodrecendo na planície, abandonados pelo homem branco que os alvejou de um trem ao passar. Eu sou um selvagem e não compreendo como é que o fumegante cavalo de ferro pode ser mais importante que o búfalo, que sacrificamos somente para permanecer vivos.

O que é o homem sem os animais? Se todos os animais se fossem, o homem morreria de uma grande solidão de espírito. Pois o que ocorre com os animais, breve acontece com o homem. Há uma ligação em tudo.

Vocês devem ensinar às suas crianças que o solo a seus pés é a cinza de nossos avós. Para que respeitem a terra, digam a seus filhos que ela foi enriquecida com as vidas de nosso povo. Ensinem às suas crianças o que ensinamos às nossas, que a terra é nossa mãe. Tudo o que acontecer à terra, acontecerá aos filhos da terra. Se os homens cospem no solo, estão cuspidos em si mesmos.

Isto sabemos: a terra não pertence ao homem; o homem pertence à terra. Isto sabemos: todas as coisas estão ligadas como o sangue que une uma família. Há ligação em tudo.

O que ocorrer com a terra recairá sobre os filhos da terra. O homem não tramou o tecido da vida; ele é simplesmente um de seus fios. Tudo o que fizer ao tecido, fará a si mesmo.

Mesmo o homem branco, cujo Deus caminha e fala com ele de amigo para amigo, não pode estar isento do destino comum. É possível que sejamos irmãos, apesar de tudo. Veremos. De uma coisa estamos certo - o homem branco poderá vir a descobrir um dia: nosso Deus é o mesmo Deus. Vocês podem pensar que O possuem, como desejam possuir nossa terra; mas não é possível. Ele é o Deus do homem, e Sua compaixão é igual para o homem vermelho e a para o homem branco. A terra lhe é preciosa, e feri-la é desprezar seu criador. Os brancos também passarão; talvez mais cedo que todas as outras tribos. Contaminem suas camas e uma noite serão sufocados pelos próprios desejos.

Mas quando de sua desapareção, vocês brilharão intensamente, iluminados pela força do Deus que os trouxe a esta terra e por alguma razão especial lhes deu o domínio sobre a terra e sobre o homem vermelho. Esse

destino é um mistério para nós, pois não compreendemos que todos os búfalos sejam exterminados, os cavalos bravios sejam todos domados, os recantos secretos da floresta densa impregnados de cheiro de muitos homens, e a visão dos morros obstruída por fios que falam. Onde está o arvoredor? Desapareceu. Onde está a água? Desapareceu. É o final da vida e o início da sobrevivência.

Agradecimentos

Aos Atores Sociais que de modo decisivo e participativo ajudaram efetivamente a construir o “caminho do pensamento” Sem vocês este trabalho seria impossível.

Ao Diretor Geral do Hospital Universitário/UFSC, Dr. Fernando Machado, que contribuiu para a realização deste trabalho.

À professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, por sua orientação tranqüila e competente. Muito obrigada pelas horas de dedicação, de apoio, de confiança, de afeição e de amizade.

Ao professor Dr. Bonifácio Bertold que despreziosamente ensinou-me o caminho de Hans Jonas.

À Coordenadora e Sub-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, professoras Dra. Denise Pires de Pires e Dra. Maria Itayra de Souza que sempre demonstraram carinho e amizade em todos os momentos deste doutorado.

Ao amigo muito especial, Ruvani Silva, colega de pós-graduação, agradeço por todo apoio e amizade.

À amiga Leca, Maria Helena B. Westrupp, que no entardecer daquele dia tenebroso foi o “anjo ” a trazer a luz e a esperança... Muito obrigada por esta amizade tão especial

À amiga Claudete Regina Ferreira que no compartilhar da vida na UFSC, sempre foi uma grande amiga.

A (os) amigos (as) do DAEX/ UFSC, Alex, Alita, Cema, Leda, Nice, Maria, Marilene, Rosângela, Savinho e Soni nos ocassos da vida, os desencontros e encontros acontecem, para permear o nascer de uma verdadeira amizade.

À Sabrina e Ana Elise, alunas de enfermagem, amigas e colaboradoras que se empenharam junto comigo na transcrição das fitas cassetes.

À Cláudia Crespi Garcia Orsini que no silêncio do ajudar sempre se fez presente...

À Luzia dos Santos e Fabiana Santos e Odete Maria da Rosa o meu carinho especial pela maneira sempre genti Ique me trataram.

Aos servidores administrativos da Direção Geral do Hospital Universitário Célio José Coelho, Graciela Cipriani e Cida pela colaboração valiosa e prestativa com que sempre me distinguiram.

Aos meus queridos alunos de enfermagem, de medicina, de odontologia e de farmácia-bioquímica vocês que são e sempre serão a fonte inspiradora de renovação e de transformação profissional.

Aos jovens do Grupo Nossa Senhora das Graças, do Emaús, a amiga Izáira e ao grupo de oração Porta Aberta, aos casais do grupo Nossa Senhora da Piedade pelo carinho e orações.

Ao meu eterno amigo Aquilles, aquele que há trinta e três anos parte e reparte comigo a vida a dois, exemplo de tenacidade, coragem, luta. Meu companheiro de trabalho na UFSC, um exemplo a ser seguido. Muito obrigada você realmente é o meu primeiro e melhor amigo!

Aos meus queridos filhos Manoel e Juliana, Pedro e Camila, obrigada pela força, estímulo que sempre me ofertaram. Vocês são a expressão mais bela do meu viver!

À querida Júlia, comadre e amiga, que soube como ninguém me amparar nos momentos de crise...

Aos meus queridos irmãos Rogério, Valéria, Rosalba, Cláudio, cunhados Rosana, Etel e Scherer agradeço pelo carinho e apoio irrestrito, pelas horas que me confortaram e, pelos momentos que fui tão ausente...

Aos meus queridos e inesquecíveis pais, Manoel e Quidinha, que me ensinaram a rezar, ter fé em Deus e a valorizar todos os momentos da vida!

Finalmente, agradeço a Deus, Aquele que através do Seu espírito de luz, deu-me a paz, a sabedoria, a força, a humildade e a fé para chegar até aqui. A paz para suavizar as angústias. A sabedoria para discernir o certo do errado. A força e coragem para vencer os obstáculos. A humildade para poder perceber no irmão a beleza da vida. A fé para confiar e prosseguir na luta.

RESUMO

A Tese revela a pesquisa feita sobre os significados dos conhecimentos teóricos / práticos de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar à luz da Ética da Responsabilidade, de Hans Jonas. Assim, para poder interpretar tão complexo problema, este trabalho adotou a metodologia da Pesquisa Qualitativa-Hermenêutica-Dialética usando como instrumento a entrevista dialogada semi-estruturada. Os 29 Atores Sociais que participaram deste estudo são médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões dentistas que trabalham no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis. Após a análise e discussão das “falas” dos Atores Sociais, do levantamento dos conhecimentos emergidos, das contradições observadas, estabeleceram-se princípios orientadores e um novo referencial teórico /filosófico sobre o uso indiscriminado de antibióticos. Conclui-se que os conhecimentos e práticas em relação ao uso de antibióticos, a ecologia das bactérias, a infecção hospitalar e a ética da responsabilidade são a chave para o desempenho prudente da prática de profissionais de saúde no Hospital Universitário.

ABSTRACT

This Thesis researched the meaning of the theoretical/practical knowledge from healthcare professionals in relation to the indiscriminate use of antibiotics in the resistant-antibiotic - bacteria ecology associated to the problem of hospital infections from the Responsibility Ethics point-of-view, of Hans Jonas. In order to interpret such a complex problem, this work adopted the dialectic-hermeneutic-qualitative survey methodology applying a semi-structured dialogue interview. The twenty-nine Social Actors who participated in this study are physicians, nurses, pharmacists; biochemists and dental surgeons who work at the Federal University of Santa Catarina University Hospital, which is located in Florianópolis. After the analysis and discussion of the Social Actor's "speeches", from the survey of the knowledge emerged, from the contradictions observed, key principles were laid down and a new theoretic/philosophic referential about the indiscriminate use of antibiotics was established. The conclusion presented shows that the knowledge and modus operandi related to the use of antibiotics, the bacteria ecology, the hospital infection and the liability ethics are key to the prudent development of the healthcare professionals' skills at the University Hospital.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	13
1.1 A Sociedade Global e a Ameaça dos Microrganismos Antibióticos Resistentes.....	13
1.2. Aspectos históricos dos antibióticos.....	16
1.2.1. Remédios usados antes da Penicilina.....	16
1.2.2. Era da quimioterapia: antibióticos.....	18
1.2.3.0 confronto entre antibióticos e resistência bacteriana.....	18
1.2.4. Ambiente e epidemiologia dos patógenos resistentes.....	21
1.2.5. A conexão hospitalar.....	21
1.2.6. Recrutando um novo exército.....	22
1.3. Noções sobre resistência bacteriana aos antibióticos.....	22
1.3.1. Resistência bacteriana.....	22
1.3.2. Mecanismos bioquímicos da resistência.....	24
1.4 Infecção hospitalar: uso indiscriminado de antibióticos e a relevância do problema das bactérias-antibiótico-resistentes.....	27
2 INFECÇÃO HOSPITALAR: UMA INTER-RELAÇÃO ECOLÓGICA ENTRE O HOMEM/ MICROORGANISMO/MEIO AMBIENTE.....	36
2.1 Os microrganismos e o seu meio ambiente.....	36
2.2 O Hospital como meio ambiente.....	38
2.3 O papel do profissional de saúde no contexto da infecção hospitalar.....	39
2.3.1 Enfermeiros.....	40
2.3.2 Médicos.....	41
2.3.3 Farmacêuticos.....	43
2.3.4 Bioquímicos.....	44
2.3.5 Cirurgiões-dentistas.....	44
3 JUSTIFICATIVA: ANÁLISE HISTÓRICA DO PROBLEMA.....	46
3.1 O que fazer.....	46
4 OBJETIVOS.....	50
4.1 Objetivo Geral.....	50
4.2 Objetivos Específicos.....	50
5 A BUSCA DO MARCO TEÓRICO.....	51
5.1 A ética como fio condutor da bioética.....	51
5.2 Origem da filosofia.....	53
5.3 Um breve olhar na filosofia grega.....	55
5.4 Princípios da arte de viver.....	57
5.5 Transição do pensamento filosófico.....	62
5.6 Uma visão da ética de Kant a Hans Jonas.....	66
6 FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA.....	77
6.1 Breve histórico do nascimento da bioética.....	77
6.2 Conceitos de bioética.....	83

6.3 Os Princípios da bioética.....	86
6.4 Princípios bioéticos na problemática da infecção hospitalar.....	87
6.5 O princípio da responsabilidade de Hans Jonas.....	91
6.5.1 O caminho filosófico de Hans Jonas.....	91
6.5.2 Ética da responsabilidade; uma nova ética para a tecnologia moderna.....	96
6.5.3 O caráter modificado da ação humana.....	101
6.5.4 O ponto de partida da ética da responsabilidade.....	104
7 METODOLOGIA.....	112
7.1 Abordagem da pesquisa qualitativa.....	112
7.2 Desenho da metodologia dialética.....	117
7.2.1 Fase exploratória da pesquisa.....	117
7.2.2 Fase de trabalho de campo.....	123
7.2.3 Fase de análise.....	125
7.2.3.1 Análise hermenêutica-dialética.....	126
7.2.3.2 Caminho da interpretação de dados.....	128
7.3 Contextualizando a fase de trabalho de campo.....	130
7.3.1 O significado de conhecimento teórico/prático e ética da responsabilidade.....	130
7.3.2 Entrevista: a escolha do instrumento metodológico.....	133
7.3.3 Construindo o roteiro da entrevista dialogada.....	133
7.3.4 Descrevendo os passos da fase de campo.....	134
7.4. Caminho da interpretação de dados.....	136
7.4.1 Ordenação dos dados.....	137
7.4.2 Classificação dos dados; estabelecendo categorias.....	137
8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	138
9 CONHECIMENTOS EMERGIDOS.....	258
9.1 Da infecção hospitalar.....	258
9.2 Da resistência bacteriana.....	261
9.3 Do uso indiscriminado de antibióticos.....	262
9.4 Da lavagem das mãos.....	263
9.5 Da ética da responsabilidade.....	265
9.6 Da mudança para o uso prudente de antibióticos.....	266
10 CONTRADIÇÕES OBSERVADAS.....	270
11 ABRINDO A CAIXA DE PANDORA.....	271
12 PRINCÍPIOS ORIENTADORES.....	274
12.1 Educação continuada.....	274
12.2 Comissão de controle de infecção hospitalar.....	275
12.3 Laboratório de microbiologia.....	277
12.4 Indústria farmacêutica.....	278
13 USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS; NOVO REFERENCIAL TEÓRICO/FILOSÓFICO.....	280
14 RECOMENDAÇÕES.....	285
15 PILARES DO CONHECIMENTO CIENTÍFICOS.....	287
16 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	291
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	292
ANEXOS.....	304
ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIALOGADA.....	305

1 INTRODUÇÃO: APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O futuro não é obra do acaso, algo que simplesmente acontece; ao contrário, o futuro é constituído por nós - homens e instituições - e depende essencialmente das percepções sobre o passado e o presente e das ações com que respondemos a estas percepções. (Adaptado de PECCEI, 1991)

1.1 A sociedade global e a ameaça dos microrganismos antibióticos resistentes

O crescimento da literatura acerca de novas e reemergentes doenças infecciosas, geralmente, enfatiza a natureza global de suas ameaças. Um exemplo desta ameaça é o impacto mundial da resistência bacteriana aos antibióticos.

Nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) define estas infecções como: “doenças de origem infecciosas cuja incidência em humanos têm aumentado nas últimas duas décadas ou ameaçam aumentar num futuro próximo”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem declarado que infecções emergentes “representam uma *ameaça global* que irá requerer uma resposta global coordenada”(FILDLER,1996).

Genes que têm conferido resistência à bactéria permite que a mesma seja tolerante às substâncias antimicrobianas em meios naturais, já foram descritas bem antes do século XX.

Porém, nas últimas décadas, e início deste século XXI, o problema das bactérias-antibióticos-resistentes vem crescendo assustadoramente, causando inquietude no meio científico-biomédico. Cientistas de todo mundo vêm estudando intensamente esta questão e eles têm alertado reiteradamente para a gravidade da resistência antimicrobiana adquirida por

um número cada vez mais crescente de bactérias, agentes etiológicos de diversas infecções, hospitalares ou comunitárias (LAWRENCE,2000).

Segundo Fidler (1998), o desenvolvimento da resistência antimicrobiana, em muitos micróbios patogênicos, constitui um dos mais sérios problemas no controle das doenças infecciosas.

A resistência antimicrobiana resulta da habilidade do micróbio adaptar-se às pressões antropogênicas, entretanto, isto não é um desenvolvimento passageiro, mas uma característica permanente na luta contra as doenças infecciosas.

Para os microorganismos, o mundo é uma simples entidade sem fronteira. Eles têm mais liberdade do que nós e também mais flexibilidade genética. Assim, na relação seres humanos/meio ambiente/micróbios, estamos em desvantagem. Nós nem podemos facilmente adquirir mecanismos de resistência contra os organismos (para a maioria das doenças infecciosas, ainda não existem vacinas), responder, rapidamente, a um problema de doença infecciosa vindo de outro país. Além disso, os antibióticos que têm sido usados como arma de linha de frente no combate contra as doenças infecciosas, estão se tornando ineficientes e, infelizmente, novos antibióticos para tratar e conter as bactérias-antibiótico-resistentes ainda não estão disponíveis.

O sucesso da implementação de uma terapia anti-infecciosa tem se tomado, crescentemente, dificultosa por causa da disseminação rápida da resistência antimicrobiana. As drogas antimicrobianas se tomam cada vez menos efetivas à emergência de novos patógenos e à ocorrência de muitas infecções em pacientes imunodeprimidos, como por exemplo a AIDS (CASADEVALL, 1996).

O fracasso do tratamento tradicional devido à resistência ao antibiótico, o controle inefetivo, a disseminação continuada de agentes infecciosos, o uso indiscriminado dos antibióticos são temas discutidos e debatidos, com muita insistência, em congressos, seminários, “workshops” em todo o mundo. Conforme Levy (1996), a análise crítica das consequências das doenças infecciosas causadas por bactérias-antibiótico-resistentes, tem gerado, nestes eventos científicos, “insights” sobre a urgência de se adotar condutas políticas e sociais para frear e controlar a magnitude deste problema mundial que tem afetado a saúde da humanidade.

Recentemente alguns estudiosos, impulsionados pela vontade e a necessidade de equacionar, o mais rápido possível, a ameaça dos microorganismos-antibiótico-resistentes.

que tanto preocupa a sociedade global, organizaram por ocasião do quadragésimo aniversário da *Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy* (ICAAC), no dia 16 de Setembro de 2000, em Toronto, Ontário, Canadá: O DIA GLOBAL DA RESISTÊNCIA - A ALIANÇA PARA O PRUDENTE USO DE ANTIBIÓTICOS. Este simpósio internacional contou com a participação de muitos cientistas renomados (Rosamund Williams, OMS, Genebra/Suíça; Stuart B. Center for Adaptation Genetics and Drug Resistance, Tufts UNIVERSITY School of MEDICINE, Boston, MA; Ethan Rubinstéin, The Chain Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel, e Raúl Istúriz, Centro Médico Docente. Caracas, Venezuela, entre outros). Os principais temas apresentados, neste importante evento científico, tinham como foco central O Impacto da Resistência Bacteriana no Mundo (DRAFT, 2000).

É importante ressaltar que em 1999 foi criado nos Estados Unidos da América (EUA) uma Força-Tarefa sobre Resistência Antimicrobiana, em que os membros da comissão deste estudo, desenvolveram um projeto intitulado *Public Health Action Plan to Combat Antimicrobial Resistance* (*Plano de Ação de Saúde Pública no Combate da Resistência Antimicrobiana*). O conteúdo deste importante documento foi publicado e está disponível ao público na Internet. Tal Força-Tarefa é co-partilhada pelo *Center Control and Prevention*, da *Food and Drug Administration*, e pelo *National Institutes of Health*, e também incluem a *Agency for Healthcare Research and Quality*, do *Department of Agriculture*, do *Department of Defense*, do *Department of Veterans Affairs*, do *Environmental Protection Agency*, do *Health Care Financing Administration* e do *Health Resources and Services Administration* (DRAFT, 2000).

O conteúdo do documento pode ser assim resumido: a primeira parte, que trata da Força-Tarefa do Plano de Ação de Saúde para Combater a Resistência Antimicrobiana, proposta pelos membros que compõem a comissão deste projeto, reflete um consenso comum básico de organizações Federais dos Estados Unidos. As ações necessárias e importantes, para se obter com eficiência melhor atenção ao problema da resistência aos antimicrobianos, estão fundamentadas em dados, principalmente em informações, coletadas através de consultoria em associações de saúde municipal e estadual, universidades, indústrias farmacêuticas, de profissionais comunitários, produtores agrícolas, de organizações de serviços de saúde, de grupos de consumidores, e de outros membros dos serviços público.

Conforme este documento, algumas ações já estão a caminho, mas a completa implementação do plano irá requerer uma íntima colaboração de todos os parceiros, que é o

objetivo do processo. Segundo os membros da comissão desse estudo, este Plano de Ação tem tudo para dar certo e ser implementado com sucesso, entretanto ressaltam que a viabilidade do mesmo dependerá, sobretudo, de recursos financeiros.

De acordo com Draft (2000), no Plano de Ação, a primeira parte, é denominada de “Edição Doméstica”, porque ele deverá ser aplicado inicialmente somente nos Estados Unidos, e enfoca seletivamente quatro áreas distintas, a saber: Vigilância, Prevenção e Controle, Pesquisa, Desenvolvimento do Produto (no caso, do antibiótico).

Do exposto, percebe-se que o interesse global para a busca de soluções, por parte de cientistas e estudiosos em todo o mundo, para frear a ameaça das bactérias-antibiótico-resistentes e o uso indiscriminado dos antibióticos, caracteriza, sem dúvida, a relevância do problema e seu impacto na sociedade.

1.2. Aspectos históricos dos antibióticos

1.2.1. Remédios usados antes da Penicilina

Para melhor contextualizar a evolução histórica, dos antibióticos, foram pesquisados vários autores e dentre eles destaca-se os seguintes; Arias (2001); Benin e Dowel (2001), Gillespie (2001), Oates (1998), Murray et al (1997), [www. mayohealth,org/may](http://www.mayohealth.org/may) (2000).

A doença ou enfermidade sempre foi um fator estressante no cotidiano da humanidade.

A luta pela sobrevivência, seja individual ou coletiva, fez surgir no meio das diferentes civilizações mais remotas a figura imprescindível do curandeiro, da benzedeira, do pajé, do mago, da feiticeira. A missão destas personagens “místicas” era curar ou afastar os “maus espíritos” seja com reza ou usando infusão de plantas ou condensado de diferentes elementos vegetais, animais e minerais, entre outros. Todo esse aparato “medicinal”, muitas vezes era acompanhado de rituais exóticos e, tinha o intuito de debelar ou afugentar o “mal” que possuía aquele corpo.

Para Arias (2001) é surpreendente como alguns princípios de tratamento de infecções já eram conhecidos desde os primórdios das culturas mais antigas. Antigos documentos egípcios, datados do ano 1500 a.C., registram a recomendação, para combater as infecções como o uso de pomadas a base de leveduras e a ingestão de certos componentes minerais

como o alumínio (sulfato de alumínio e potássio) e diversas argilas. Assim, sem sabê-lo, os enfermos daquela época estavam consumindo o antibiótico estreptomicina em estado natural.

Outros povos, como os persas e chineses, desenvolveram alguns princípios e técnicas de Imunologia. Por exemplo, entre o povo chinês, era comum a “vacinação” contra varíola. Esta técnica consistia da inalação do pó, proveniente das crostas das feridas de indivíduos acometidos por esta doença viral. As feridas infectadas eram tratadas usando uma pomada de soja, especialmente, preparada com certos “mofos” (fungo-bolor). Esta prática é similar aos primeiros experimentos curativos de Fleming com a penicilina em estado bruto.

Também era comum entre os persas e chineses, o consumo de certos alimentos impregnados de fungos, considerado tradicionalmente como um meio eficaz para lutar contra certos tipos de infecção.

Na Espanha, por exemplo, se chamava “pão das grávidas” aquele pão guardado desde o tempo antes do trabalho de parto, para que mofasse, e o mesmo só era oferecido a parturiente caso ela apresentasse febre pós-parto. Mais uma vez, estava se utilizando um antibiótico “in natura”.

Assim, as primeiras civilizações tiveram conhecimento da importância de tratar de ferimentos. Os curativos antigos exigiam tecidos de material orgânico para serem colocados sobre o ferimento facilitando a cura de maneira mais rápida, pode-se supor que estes “antibióticos naturais” ajudavam na prevenção de infecção posterior.

O holandês, Antony van Leeuwenhoek foi o primeiro a fazer a descoberta de bactérias em 1670, porém a conexão entre estas bactérias e doenças infecciosas somente foi feita muito tempo depois.

No final de 1800, Louis Pasteur acabou por fazer esta conexão abrindo um amplo e novo campo de pesquisa.

A revolução na área da ciência biológica ocorreu com a descoberta da penicilina, no início do século XX, pelo médico escocês Alexander Fleming. Todavia, como a maioria das descobertas mais importantes de nosso tempo, ele não tinha a menor idéia de sua finalidade e magnitude. Fleming, trabalhando no seu laboratório de pesquisa, observou que o *Staphylococcus aureus*, não crescia ao redor das áreas emboloradas contaminadas pelo fungo *Penicillium notatum*, (FOATES, 1998).

1.2.2. Era da quimioterapia: antibióticos

A descoberta dos antibióticos e sua introdução na prática médica revolucionaram o tratamento das doenças infecciosas que transformou a saúde da raça humana.

Antibióticos são substâncias químicas, frequentemente naturais, que inibem ou matam as bactérias. Antibióticos normalmente têm alvos específicos, tais como os ribossomos ou o maquinário de replicação da bactéria. Virtualmente, toda a medicina moderna está sustentada pela eficácia dos antibióticos: Os antibióticos curam não só doenças infecciosas mas, também diminuem o risco de infecções cirúrgicas, da quimioterapia de câncer e do transplante ao nível suficientemente baixo para fazer destes procedimentos médicos factíveis.

Segundo Murray et al (1997) a era da quimioterapia começou, em 1910, quando o químico germânico Paul Ehrlich descobriu o primeiro agente antibacteriano, um composto efetivo contra o agente que causa a sífilis. Isto foi seguido por Fleming com a descoberta da penicilina, em 1929; Gerhard Domhik descobriu a sulfanilamida em 1935; e Selman Walksman descobriu a estreptomocina em 1943.

O desenvolvimento dos antibióticos revolucionou completamente o poder de cura dos remédios na segunda metade do século 20. Por volta de 1940, pesquisadores da penicilina reconheceram que sua descoberta foi um acontecimento monumental. Com medo da invasão da Grã-Bretanha por Hitler, eles esfregaram esporos de *Penicillium notatum* no interior dos forros de seus casacos para se assegurar de que o bolor (fiingo) os acompanharia, caso tivessem de escapar repentinamente. Nos mais de 60 anos após sua descoberta, a penicilina evoluiu de cura milagrosa para doenças infecciosas até ser uma pequena peça (parte) do arsenal de drogas antimicrobianas. Com a expansão da terapia antibiótica, dos cuidados de higiene e dos serviços de saúde pública nos Estados Unidos, a mortalidade causada por doenças infecciosas declinou acentuadamente durante o século 20. Todavia, desde 1982, as mortes atribuídas a doenças infecciosas começaram a aumentar e este aumento ocorreu em paralelo com o aumento da resistência antibiótica.

1.2.3. O confronto entre antibióticos e resistência bacteriana

Desde o início da era dos antibióticos, foi observado que a resistência era um problema. Ehrlich observou que os tripanossomos poderiam ficar resistentes às tinturas de arsênico que ele estava usando e que os organismos resistentes não ficavam de novo sensíveis. Fleming identificou e listou cuidadosamente as bactérias que não eram sensíveis ao filtrado de

Penicillium. Quando os antibióticos foram introduzidos na prática clínica, a resistência adquirida foi rapidamente observada: *Neisseria gonorrhoeae* as sulfonamidas sendo um dos primeiros exemplos. A princípio, a resistência não parecia ser um grande problema já que o fluxo das descobertas de drogas - cloramfenicol, tetraciclinas, eritromicina, cefalosporinas e aminoglicosídios - apareceram em tempo de expandir o número de espécies de bactérias que eram sensíveis aos antibióticos e superar os problemas de desenvolvimento de resistência. Com frequência, resistência às bactérias parecia estar limitada a organismos isolados em hospitais, principalmente de pacientes com outras condições graves. Por exemplo, quando a resistência à penicilina através de uma beta-lactamase tomou-se mais comum, em relação ao *Staphylococcus aureus*, as infecções foram quase que exclusivamente encontradas em hospitais. De fato, o nome popular para *S. aureus* produtor de beta-lactamase era “estafilococo hospitalar”.

A indústria farmacêutica estava apta a solucionar o problema da beta-lactamase com a modificação química do núcleo amido-penicilina, levando a uma nova gama de penicilinas semi-sintéticas incluindo meticilina, flucloxacilina e ampicilina. As dificuldades encontradas para superar os estafilococos produtores de beta-lactamase foram precursoras dos problemas futuros. Nos anos que se seguiram, bacilos gram-negativos também desenvolveram resistência e passaram a ter um importante papel na transferência desta resistência, cujos mecanismos serão analisados mais adiante. Foi apenas com investimentos maciços na descoberta de drogas e aos êxitos científicos que a medicina manteve-se adiante dos micróbios.

Nos anos recentes, têm havido mudança significativa no padrão da resistência antimicrobiana e nas percepções pública e científica deste padrão. Embora a resistência a múltiplas drogas fosse identificada previamente na *Salmonella typhi*, resistência a múltiplas drogas apareceu em patógenos respiratórios primários, como *Mycobacterium tuberculosis* e *Streptococcus pneumoniae*, expandindo-se ampla e rapidamente por todo o planeta. Este fato foi acompanhado pela queda no número de novos compostos que chegavam ao mercado, num tempo em que o custo de desenvolvimento de novos antimicrobianos aumentou espetacularmente. Hoje em dia, com a descrição dos estafilococos de média resistência aos glicopeptídios, principalmente a Vancomicina, desapareceram os últimos vestígios de esperança. Embora os *S. aureus* tivessem sempre o talento de adquirir resistência, eles permaneceram, até hoje, sempre sensíveis aos glicopeptídios. A expectativa de infecções com o bacilo da tuberculose, bem como com a infecção pneumocócica de se tomarem intratáveis.

acrescidas das infecções por estafilococos resistentes aos glicopeptídios gerou manchetes dramáticas e freqüentemente históricas, tanto na imprensa leiga quanto na médica.

Anteriormente o desenvolvimento de drogas antibióticas era considerado a vanguarda da ciência. Erhlich, Fleming, Florey, Chain e Waxsmann ganharam o prêmio Nobel pelos seus esforços no desenvolvimento de antibióticos de êxito. Com o êxito crescente veio a complacência e a pesquisa de antibióticos tomou-se mera rotina e área natural para a indústria não acadêmica. Tudo isto mudou agora - a pesquisa antibiótica retomou à vanguarda da ciência médica mais uma vez.

Do ponto de vista de pacientes e médicos, o diagnóstico rápido deve ser uma prioridade para a pesquisa. Diagnósticos mais rápidos de organismos resistentes permitirão que os pacientes com os mesmos sejam colocados em isolamento, e que a terapia correta seja iniciada dentro do menor tempo. Isto não apenas melhorará o resultado do tratamento como também reduzirá os riscos de espalhamento dos microrganismos resistentes.

É imperativo que os cientistas estejam aptos a marcar a transmissão de organismos resistentes; neste caso, as técnicas de biologia molecular têm sido usadas na investigação de sua epidemiologia. Para a tuberculose, monitorar o tratamento sempre foi problemático e muitos pacientes falham em completar um método de tratamento inadequado, permitindo que cepas resistentes à droga suijam e sejam transmitidas. Diversas técnicas inovadoras são descritas e podem ser rapidamente aplicadas a outros organismos.

Os problemas complexos propostos por microorganismos patogênicos ao causar doenças e ao desenvolver resistência antibiótica significam que o enfoque para superá-los deve ser sofisticado e multifacetado. É preciso também compreender os mecanismos de resistência, a biologia dos organismos resistentes e o modo através dos quais eles evoluem e quantificar as barreiras evolucionárias à resistência.

Hoje, microorganismos resistentes a drogas são cada vez mais um problema global. A resistência se desenvolve no ambiente de uso do agente antimicrobiano e coloca em risco tanto o grosso da população quanto o paciente individual. Reduzir o uso dos agentes antimicrobianos pode diminuir a propagação da resistência; neste caso, a utilização criteriosa de antibióticos deve ser parte da solução para a resistência aos antibióticos.

1.2.4. Ambiente e epidemiologia dos patógenos resistentes

A resistência entre os microorganismos é um resultado previsível da pressão seletiva (teoria de Darwin) dos agentes antimicrobianos. A primeira descrição de um mecanismo de resistência antibiótica foi publicada em 1940, quando Abrahan e Chain descreveram uma enzima na *Escherichia. coli* que hidrolisava a penicilina. Desde então, a compreensão da resistência no nível molecular aumentou espetacularmente; infelizmente, ao mesmo tempo, o número de patógenos exibindo resistência antimicrobiana também aumentou dramaticamente. O impacto da resistência aos antimicrobianos sobre a saúde pública deriva de uma combinação da magnitude da resistência e de suas implicações para a morbidez e a mortalidade.

1.2.5. A conexão hospitalar

Os hospitais, em especial, constituem campos férteis de procriação para os supermicrobrios. Grupos de pessoas doentes confinadas, muitas das quais com o sistema de defesa enfraquecido, criam ambientes propícios para as bactérias. Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estimam que mais de dois milhões de americanos desenvolvem infecções adquiridas em hospitais (infecções hospitalares) a cada ano, das quais morrem entre 60.000 e 80.000 (3,5%).

“O risco para os pacientes individualmente depende da gravidade da doença, da duração da hospitalização, da necessidade de antibióticos de amplo espectro e da necessidade de cuidados intensivos”, diz Rodney L. Thompson, (2000), um especialista em moléstias infecciosas da Clínica Mayo, Rochester, Minn. “Pacientes com o sistema de defesa paralisado têm um risco mais elevado. Uma pessoa relativamente bem de saúde passando por um tratamento menos complicado tem um risco baixo”. Dos que desenvolvem infecção hospitalar, uma porcentagem bastante pequena está infectada por bactérias que são resistentes a antibióticos múltiplos. Quando ocorrem infecções resistentes, elas normalmente podem ser curadas com doses mais elevadas ou com uma combinação das drogas disponíveis.

Contudo, se o uso global de antibióticos não for alterado radicalmente, os supermicrobrios têm potencial para aumentar enormemente os riscos associados com pequenas cirurgias e tratamentos recebidos em hospitais.

1.2.6. Recrutando um novo exército

Na década de 1980, a indústria farmacêutica reduziu dramaticamente a pesquisa e o desenvolvimento de novos antibióticos. Existiam tantos antibióticos disponíveis que se um deles falhasse, outro funcionaria. Imaginando que a guerra contra as bactérias estivesse ganha, as companhias farmacêuticas desviaram a atenção para outras pesquisas. Quando apareceram bactérias resistentes a Vancomicina no final dos anos 1980, a indústria começou fi-eneticamente a tentar recuperar a dianteira na luta contra as bactérias.

Atualmente, os pesquisadores estão se esforçando em desenvolver antibióticos que ataquem as bactérias de diversas maneiras. Em Setembro de 1999, o Ministério do Alimento e Drogas (FDA) aprovou um novo antibiótico chamado Synercid (quinuspristina / dalfopristina) que é a primeira droga antibacteriana aprovada para tratar as bactérias resistentes a Vancomicina.

Em Abril de 2000, o FDA aprovou outro antibiótico Zyvox (linezolid). O Zyvox pertence a uma classe de drogas antibacterianas chamada de Oxazolidinonas, a primeira classe de antibióticos completamente novos em 35 anos. A droga recebeu aprovação para o tratamento de uma série de infecções graves causadas por bactérias gram-positivas, incluindo as infecções por enterococos resistentes a Vancomicina (VRE) e pneumococos.

É provável que sejam desenvolvidas na seqüência uma série de tais drogas, embora o processo de desenvolver, testar e obter aprovação dos órgãos reguladores para uma nova droga leva longo tempo (entre a descoberta e a colocação no mercado mais de 15 anos). Especialistas da área crêem que serão necessários muitos anos ainda até que a próxima geração destes antibióticos esteja disponível nos balcões das farmácias.

1.3. Noções sobre resistência bacteriana aos antibióticos

1.2.1. Resistência bacteriana

A habilidade de uma bactéria de resistir à ação inibitória ou letal de um antibiótico constitui um sério problema clínico, e tem sido observada com cada agente antibacteriano.

Todas as propriedades de uma bactéria, incluindo a susceptibilidade ou resistência aos antibióticos, são determinadas pelo seu material genético (genoma).

A resistência bacteriana pode ser *natural* (inata) ou *adquirida*. A natural corresponde a uma característica da espécie bacteriana, e a adquirida, a característica de uma ou mais amostras da espécie. As bactérias naturalmente resistentes a um determinado antibiótico herdaram de seus ancestrais genes que codificam para a resistência. A resistência adquirida aos antibióticos é o resultado da aquisição de um gene de resistência que não está presente. Estes genes da resistência podem aparecer de dois modos; **espontaneamente por mutação**, ou por **aquisição de novos genes** de outra bactéria. Genes que codificam para a antibiótico resistência são também conhecidos como fatores de resistência ou fatores R.

Assim como o genoma humano, o das bactérias é constituído por DNA de dupla hélice, contendo milhares de genes. Embora a maioria do genoma bacteriano seja encontrada no cromossomo bacteriano, como é nas células humanas, os genes bacterianos podem estar contidos em material extracromossômico, em macromoléculas circulares de DNA denominadas de *plasmídios*. Os plasmídios são classificados em conjugativos e não conjugativos. Plasmídios conjugativos são capazes de transferir seu DNA diretamente a uma bactéria adjacente via ponte citoplasmática, ao passo que os plasmídios não conjugativos não têm esta propriedade. A aquisição de genes pelos plasmídios pode ser por *transposons*.

Portanto, as bases genéticas da resistência bacteriana aos antibióticos estão no processo de mutação e no processo de aquisição de genes, e tanto a mutação como a aquisição de genes se expressa bioquimicamente (SHAFRAN, 1990).

A mutação se refere a uma alteração na seqüência de genes de um determinado DNA. A maioria das mutações é silenciosa ou deletéria para a célula afetada. Somente as mutações em locais específicos do cromossomo podem resultar na aquisição de genes que codificam para a resistência a um antibiótico. A freqüência de mutação é muito baixa e este é o motivo porque este processo não é o principal mecanismo de aquisição da resistência. Entretanto, no caso de mutações denominadas de uma etapa pode resultar a formação de genes de resistência, como está bem documentado para as sulfonamidas, trimetropima, rifamicina, estreptomicina e ácido nalidíxico (SHAFRAM, 1990).

A aquisição de genes de resistência de outra bactéria é a principal causa da resistência adquirida aos antibióticos. A transferência do DNA pode ocorrer através de três mecanismos: transformação, transdução e conjugação.

A transformação se refere a habilidade de algumas bactérias captarem DNA extracelular e incorporá-lo em seu cromossomo. A transformação é o mecanismo menos importante na aquisição de novo DNA.

A transdução se refere à transferência de material genético de uma bactéria para outra através de certos vírus bacterianos (bacteriófagos). Estes são pequenos vírus os quais se replicam como parasitas intracelulares obrigatórios nas bactérias. Os bacteriófagos, ou fagos infectam a bactéria e na sequência da sua multiplicação, que envolve multiplicação do seu ácido nucléico (DNA ou RNA), síntese de proteínas e componentes da sua estrutura externa, ao fazer a montagem do seu ácido nucléico, pode incorporar fragmentos do ácido nucléico da bactéria (que pode ser de origem cromossômica ou plasmidial). O fragmento incorporado, eventualmente, pode estar carregando o gene ou genes responsáveis pela resistência a um determinado antibiótico. O vírus assim formado ao infectar outra bactéria transfere o gene da resistência. A transdução é o principal mecanismo de transferência de genes da resistência contidos em plasmídios não conjugativos. Fagos transdutores são particularmente importantes na difusão da resistência entre *Staphylococcus*.

A conjugação se refere à transferência direta do DNA do citoplasma de uma célula bacteriana para outra via um plasmídio conjugativo. A conjugação é o principal meio de difusão da resistência bacteriana entre os Gram negativos, embora possa ocorrer, esporadicamente, entre Gram positivos.

Em adição as trocas genéticas entre bactérias, os genes podem se mover dentro de uma dada bactéria por um processo chamado transposição. Os pequenos segmentos de DNA que se movem são chamados *transposons* e ocorrem tanto no cromossomo como em plasmídios. Muitos fatores R estão contidos nos *transposons* em bactérias Gram negativas e Gram positivas. Os *transposons* ajudam a propagar fatores de resistência desde que eles permitem a sua transferência dos cromossomos e plasmídios não conjugativos para plasmídios conjugativos.

1.3.2. Mecanismos bioquímicos da resistência

Os mecanismos bioquímicos pelos quais um microrganismo pode resistir a um agente antimicrobiano são:

- Alteração do receptor para o antibiótico (a molécula na qual a droga exerce seu efeito);

- Diminuição da quantidade da droga que alcança o receptor - pela alteração da entrada (permeabilidade) ou aumentando a remoção da droga (efluxo);
- Destruição ou inativação da droga;
- Desenvolvimento de via metabólica resistente.

Observa-se, na Tabela I, que os estafilococos podem possuir todos os mecanismos de resistência, conhecidos, mediados por plasmídios. Isto facilita a compreensão da razão deste grupo de bactérias exibir multirresistência aos antibióticos.

O impacto da resistência dos microrganismos, incluindo vírus, foi avaliado por Swartz (2000) no período compreendido entre 1972 a 1998.

No período foram descritos cinco categorias de antimicrobianos (antibacteriano, antiviral, antiparasita, antifúngico e antimicobacteriano) perfazendo um total de 1220. Destes 46% eram antibacterianos e 24 antivirais.

O impacto da resistência aos antibióticos pode ser avaliado pelo número de artigos publicados a respeito do assunto naquele período: 1065 representando 21,6% de todos os artigos sobre antimicrobianos publicados somente em um periódico, o *Antimicrobial Agents and Chemotherapeutic* publicado pela American Society for Microbiology.

A seguir, na Tabela 1, um resumo dos mecanismos de resistência mediada por plasmídios, com os respectivos antibióticos e microrganismos.

Tabela 1 - Resistência mediada por plasmídios

Antibiótico	Mecanismo	Microrganismos
Penicilina, ampicilina, carbenecilina etc. P-lactamase	Hidrólise pela P-lactamase	Estafilococos, enterococos (raro), enterobactérias, pseudomonas e bacteróides.
Oxacilina, metecilina etc.	Hidrólise pela P-lactamase	Enterobactérias, pseudomonas
Cefalosporinas	P-lactamase	Estafilococos, enterobactérias, pseudomonas e bacteróides.
Cloranfenicol	Acetilação	Estafilococos, enterococos, estreptococos, enterobactérias, pseudomonas.
Tetraciclina	Bloqueio da permeabilidade	Estafilococos, enterococos, estreptococos, enterobactérias, pseudomonas, bacteróides.
Aminoglicosídeos: Estreptomicina	Acetilação	Estafilococos, enterococos, enterobactérias, pseudomonas.
Neomicina	Fosforilação	

Kanamicina Tobramicina Amicacina Macrolídeos- lincínoides Eritromicina Clindamicina	Adenilação (altera a ligação aos ribossomos e influxo da droga) Altera RNA23S	Estafilococos, enterococos, estreptococos, bacteróides.
Trimetropima	Altera a dihidrofolato redutase	Estafilococos, enterobactérias.
Sulfonamidas	Altera tetrahydropteroato sintetase	Estafilococos, enterococos, estreptococos, enterobactérias, pseudomonas.
Fosfomicina Vancomicina	Altera glicose <u>Nova proteína</u>	Estafilococos, enterobactérias. Enterococos

Fonte: Neu e Gootz, 1996.

Na Tabela 2, a seguir, apresentam-se a definição de três patógenos resistentes, os fatores associados com o aumento da probabilidade da emergência da resistência, a audiência para educação e as medidas de controle.

Tabela 2 - Três tipos de patógenos resistentes e implicações para as medidas de controle

	<u>Alimentos</u>	<u>Adquirido no hospital</u>	<u>Adquirido na comunidade</u>
Definição	Patógeno resistente adquirido pela ingestão de alimentos contaminados	Patógeno adquirido no hospital	Patógeno adquirido na comunidade
Exemplo	<i>Campylobacter</i> resistente a fluorquinolona	<i>Enterococcus</i> resistente a Vancomicina	<i>Streptococcus pneumoniae</i> resistente a drogas
Fatores associados com o aumento da probabilidade da emergência da resistência	Antibiótico nos alimentos, antibióticos terapêuticos, higiene animal, local de permanência.	Antibióticos parenterais, tratamento prolongado com antibióticos, tratamento empírico, profilaxia cirúrgica, práticas de CIH deficientes.	Uso recente de antibióticos, comunidade com alta taxa de resistência, escolas, quartéis.
Audiência para educação	Veterinários, agências reguladoras, fazendeiros	Equipe do hospital	Clínicos gerais, público em geral.
Medidas de controle	Diminuir antibióticos na alimentação dos animais, irradiação dos alimentos	Protocolo de controle de antibióticos, boas medidas de controle de infecção (lavagem das mãos), vigilância da resistência pelo laboratório de <u>Microbiologia</u>	Uso prudente pelos clínicos, educação do público, melhorar as técnicas de diagnóstico, vacinas.

Fonte: Benin e Dowell, 2000.

1.4 Infecção hospitalar: uso indiscriminado de antibióticos e a relevância do problema das bactérias-antibiótico-resistentes

A infecção adquirida no hospital, chamada de **Infecção Hospitalar** (I.H.), constitui “um problema” de interesse de saúde pública por causa de sua frequência (morbidade), severidade (mortalidade) e custo do tratamento.

A infecção hospitalar é considerada uma *Infecção Cruzada*, isto é, fatores múltiplos como **microorganismos** (agentes infecciosos como: bactérias, vírus, fungos etc.), **pacientes**, **profissionais de saúde** (enfermeiros, médicos, farmacêuticos-bioquímicos, cirurgiões-dentistas entre outros), e **meio ambiente** estão intrinsecamente relacionados. Logo, a infecção hospitalar sob o ponto de vista da ecologia, constitui uma inter-relação entre o homem/microorganismo/meio ambiente.

De acordo com Brock et al (1994) “o hospital pode não ser o lugar onde pessoas doentes ficam melhores mas, ele pode ser, também, um lugar onde pessoas doentes podem adoecer mais ainda”.

O fato presente é que a *Infecção Cruzada* entre paciente/paciente e/ou entre os profissionais de saúde /pacientes, e vice versa, é uma triste realidade, e o uso indiscriminado dos antibióticos para o tratamento destas infecções apresentam o risco de selecionar microorganismos-antibióticos-resistentes.

Estima-se que, nos Estados Unidos, cerca de 3% a 5% dos pacientes hospitalizados adquirem infecção hospitalar que depende de múltiplos FATORES (SCHABERG et al, 1991).

A taxa de infecção hospitalar, no Brasil, é de 15,62%, em média, de acordo com os primeiros estudos de controle e prevenção de infecção hospitalar, realizado pelo Ministério da Saúde. Este dado foi divulgado no 4º Congresso Brasileiro de Infecção Hospitalar, realizado em Recife em novembro de 1994. A coordenadora de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde e editor responsável pela Revista de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, Sandra Susana Prade, admite que o resultado da pesquisa “reflete uma qualidade de assistência hospitalar deficiente” (CORREIO BRASILIENSE, 1994).

De acordo com Brock et al. (1994), “os hospitais são especialmente perigosos pelas seguintes razões: (1) muitos pacientes estão com suas resistências imunológicas deficientes, por causa de suas doenças; (2) hospitais necessitam tratar pacientes que sofrem de doenças infecciosas, e estes pacientes podem ser reservatórios de patógenos altamente virulentos; (3) o

acúmulo de pacientes nos quartos e enfermarias aumentam a chance da infecção cruzada; (4) o grande movimento de pessoas, no hospital, aumenta a probabilidade da transferência de patógenos de paciente para paciente; (5) os diversos e variados procedimentos hospitalares, tais como a cauterização, injeções hipodérmicas, punção espinhal, e remoção de tecidos (biópsia) ou fluidos carregam com eles o risco de introduzir patógenos nos pacientes; (6) nos berçários das maternidades, os recém-nascidos são usualmente muito suscetíveis a certos tipos de infecção, porque eles ainda não têm um sistema imune bem desenvolvido; (7) as práticas cirúrgicas são causas de preocupação, não apenas por exporem uma parte do corpo suscetível à fontes de contaminação, mas também porque o “stress” da cirurgia; freqüentemente diminui a resistência do paciente a infecção; (8) muitas drogas usadas para imunossupressão (por exemplo, transplantes de órgãos) aumentam a susceptibilidade à infecção; (9) **o uso indiscriminado dos antibióticos para tratamento das infecções carregam com ele o risco de selecionar microorganismos-antibiótico-resistentes** (o grifo é meu), muitos dos quais não serão mais controlados se eles causarem futuras infecções”.

Para La Force (1993), as infecções hospitalares começaram a se tomar “algo” preocupante, na década de 50, quando, nos Estados Unidos e Europa, surge uma severa epidemia, causada por *Staphylococcus aureus*. Esta bactéria infecta, com freqüência, pacientes hospitalizados nas unidades cirúrgicas e pediátricas.

Como se vê, os fatores de risco relacionados à infecção hospitalar são diversos, porém atualmente é preocupante o aparecimento cada vez maior de **bactérias-antibiótico-resistentes**, que impedem uma eficaz e rápida intervenção terapêutica competente para a prevenção e controle das infecções hospitalares, bem como também para tratamento de outras doenças infecciosas.

A emergência da resistência aos antibióticos é primariamente devido ao seu excessivo e freqüente uso, muitas vezes, desnecessários em humanos e animais. Os fatores de risco, para a transmissão de bactérias resistentes nos hospitais e na comunidade podem ser sumariamente resumidos na superlotação, falhas de higiene, ou negligências nas práticas assépticas para prevenir e controlar a infecção hospitalar.

Conforme Rao (1998), a emergência da resistência das bactérias aos antibióticos tem sido exacerbada *pelo uso indiscriminado* e pela morosidade no desenvolvimento de novos antibióticos. *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina (MRSA), *Enterococcus* resistente à Vancomicina (VRE) e bactérias Gram negativas multirresistentes são disseminadas primariamente pelo contato pessoal direto ou indireto. Fatores de risco para o MRSA incluem

O USO de antibióticos de largo espectro à presença de úlcera de decúbito e de próteses, enquanto os fatores de risco para VRE incluem internação prolongada e tratamento com glicopeptídios ou antibióticos de amplo espectro. Para a disseminação das bactérias Gram negativas resistentes, os fatores de risco incluem: cateterismo urinário, uso excessivo de antibióticos e a contaminação dos umidificadores e nebulizadores. A disseminação de *Vneumococcm* resistentes à Penicilina (PRP) e de *Mycobacterium tuberculosis* resistente e multiresistente (MDRTb) é devida à transmissão aérea. Os fatores de risco para a disseminação do PRP incluem superpopulação, traqueostomia e o uso excessivo de penicilina para infecções virais. Para o MDRTb, os fatores de risco incluem agrupamento de pacientes imunossuprimidos (Neoplasias, AIDS), tratamento ou diagnóstico tardio e a deficiência e inadequação dos equipamentos de ventilação ou isolamento. Descobertas recentes na área do mapeamento genético de muitas bactérias e os avanços da química prometem nos conduzir a uma nova era de desenvolvimento de antibióticos. Isso poderá resultar numa reconquista do espaço perdido para as bactérias resistentes, mas enquanto isso, continuará a existir a necessidade de minimizar a disseminação de bactérias resistentes a antibióticos pelo uso racional dos mesmos (o prescrito pela CCIH), bem como pelas práticas de controle as infecções hospitalares.

Como se vê, a interpretação teórica dos caracteres fenomênicos envolvidos com o processo da infecção hospitalar são diversos e, a maioria, já está fortemente identificada.

Os estudos e pesquisas sobre infecção hospitalar (POSTGATE 1992, BROCK 1994, VATOPOULOS ET ALL 1996, RAO, 1998, SANTOS 1997, entre outros) advertem que, para prevenir e controlar esta infecção, todos os profissionais de saúde devem rigorosamente colocar em prática as medidas de assepsia preconizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

A infecção hospitalar é um problema universal, pois a mesma ocorre em todos os hospitais do mundo. É um problema social de relevância, por isso a infecção hospitalar deve ser preocupação dos governos, da administração hospitalar, dos cientistas, dos docentes, dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêutico-bioquímicos, nutricionistas e outros), dos pacientes, das famílias, enfim: da comunidade com um todo.

Dentro deste contexto da infecção hospitalar, a enfermagem desempenha um papel de alta relevância. Segundo Gibson (1993), "a enfermagem é uma parte vital e integral do sistema de cuidado da saúde. As enfermeiras têm um contato mais contínuo e, talvez, um contato mais íntimo com seus pacientes, que nenhum outro profissional". Também, seguindo

esta mesma linha de pensamento, Gould (1991), do Departamento de Estudos de Enfermagem, do King's College London, University of London, Inglaterra, ressalta a importância do papel da enfermagem no controle da I.H., por ser o "staff" que mais está em contato e mais próximo do paciente. Completando este raciocínio, Pereira et al. (1996), enfermeiras e docentes da UFG e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, fazem um relato de alguns obstáculos que dificultam a instalação de medidas para o controle da infecção hospitalar. Para elas, "as dificuldades da enfermagem advêm, principalmente, do desconhecimento da importância do controle da infecção hospitalar pela maioria dos profissionais da área da saúde, devido à omissão dessa abordagem na universidade, na extensão que seria necessária".

Convém ressaltar que, atualmente, estão ressurgindo novas e/ou emergentes doenças infecciosas-virais, como o Hantavírus, Ébola, AIDS, e/ou ocorrendo a reemergência ou recrudescimento da tuberculose, cólera, doença dos legionários, estas últimas causadas por bactérias.

Na capa da Revista Time (LEMONICK, set., 1994), havia a seguinte pergunta: "Revenge of the Killer Microbes, are we losing the war against infectious diseases? (A vingança dos micróbios assassinos; nós estamos perdendo a guerra contra as doenças infecciosas?). Este questionamento merece maiores reflexões: *será que nós, profissionais de saúde, estamos preparados ou informados para a gravidade deste problema? Será que o uso excessivo de antibióticos no combate às doenças infecciosas não é uma estratégia errada? Será que estamos realmente perdendo a guerra para estes microorganismos causadores de doenças infecciosas?* Pessoalmente, não acredito que estejamos perdendo esta guerra. Talvez estejamos, sim, permitindo que os profissionais de saúde deixem de aplicar corretamente as técnicas de assepsia e explorem em demasia o poder dos antibióticos para o tratamento de qualquer tipo de infecção. Só o futuro poderá mostrar a verdade? E este futuro, já não é o presente?

Para reforçar a relevância e a magnitude do problema que ampara este estudo, cita-se opiniões de alguns pesquisadores tais como, Okeke et al, Williams e Heymann, Bexell et al., e Robles e Polack.

De acordo com Okeke et al. (1999), a relação entre o uso indiscriminado de antibióticos e a emergência e disseminação da resistência bacteriana é complexa. Somente o uso de antibióticos na prática clínica não poderia explicar a elevada frequência dos microorganismos resistentes. Outros fatores adicionais sejam extrínsecos ou intrínsecos devem também ser

avaliado. Contudo, o uso excessivo e indiscriminado de antibióticos na clínica médica é até certo ponto o responsável particularmente para a alta escala da resistência, especialmente, o que vem ocorrendo nos hospitais do mundo inteiro. A prescrição desnecessária de antibióticos (de responsabilidade médica), observada em nações industrializadas também tem sido documentada em muitos países em desenvolvimento, particularmente, nos casos de diarreias infantis e nas infecções respiratórias virais.

Para Williams e Heymann (1998), com o impacto da resistência na sociedade, muitas estratégias têm sido montadas e aplicadas, principalmente nos hospitais de países desenvolvidos, para combater o uso indiscriminado de antibióticos pelos médicos. Entre elas citam, a utilização de sistemas monitorando antibióticos e formulários hospitalares ou protocolos para tratamento com antibióticos, freqüentemente tem reduzido as taxas de prescrições antimicrobianas. A adoção nacional de uma lista contendo droga essenciais, podem limitar os antibióticos disponíveis para os médicos.

Segundo Bexell et al. (1996) a educação médica continuada muda a atitude dos clínicos. Os autores deste estudo sugerem que a educação continuada deve ser oferecida a todos os profissionais de saúde, pois consideram uma medida simples e importante instrumento para combater o uso indiscriminado de antibióticos.

Particularmente, acredita-se que um dos caminhos para frear a resistência bacteriana seria, sem dúvida, a educação continuada destes profissionais. Reduzindo o uso de antibióticos conseqüentemente se reduz a taxa de resistência dos microorganismos.

De acordo com Robles e Polack (1997), profissionais de saúde em muitos países em desenvolvimento nem sempre têm acesso à informações objetivas á saúde.

Assim, frente a todos estes problemas, principalmente, aqueles relacionados ao uso indiscriminado de antibióticos, a seleção de bactérias-antibiótico-resistentes e o controle da infecção hospitalar, alguns questionamentos e reflexões emergiram e começaram a flutuar no “mar” de minha vida profissional. Como Enfermeira e Professora de Microbiologia da UFSC, estudiosa da infecção hospitalar, e cidadã brasileira estou consciente das dificuldades econômicas-políticas-sociais que assolam a área da saúde, principalmente das dificuldades encontradas para prevenir, controlar ou até, se possível, erradicar por completo o risco da ocorrência da infecção hospitalar.

Assim quero expor, neste momento, alguns questionamentos que me parecem importantes e necessários:

- L Como se explica a ocorrência da infecção hospitalar, ainda nos nossos dias, com toda a evolução técnica-científica que permeia a área da saúde?*
- 2. Se os fenômenos causais da infecção hospitalar são amplamente conhecidos e identificados na teoria-prática, por que esta infecção continua sendo a causa de alta taxa de morbidade e mortalidade nos hospitais do mundo?*
 - 3 Como o problema das bactérias-antibiótico-resistentes se configura na comunidade, particularmente entre os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, e outros), nos hospitais, no meio científico, no governo?*
 - 4. Como o fenômeno da resistência bacteriana aos antibióticos é particularmente percebido pelos profissionais de saúde, em especial, médicos, enfermeiros e farmacêutico-bioquímicos, cirurgiões-dentistas?*
 - 5. Será que os médicos, enfermeiros, farmacêutico-bioquímicos e cirurgiões-dentistas conhecem os fundamentos científicos que levam uma bactéria a se tornar resistente aos antibióticos?*
 - 6. Será que os profissionais de saúde têm conhecimento científico, sobre a gravidade do uso indiscriminado de antibióticos na sua prática assistencial?*
 - 7. Será que na sua prática assistencial, os profissionais de saúde sabem como proceder para evitar a ocorrência deste processo, ou para que este venha ser seja minimizando?*
 - 8. Será que os profissionais de saúde entendem porque o Centro de Controle das Doenças Infecciosas (CDC) dos Estados Unidos, está divulgando que a primeira ação para diminuir o risco da disseminação da resistência bacteriana é a lavagem das mãos?*
 - 9. Será que os profissionais de saúde adotam em suas ações práticas o "princípio da responsabilidade?"*

Estas perguntas norteadoras apontam para a formulação da seguinte Tese:

OS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO AO USO DE ANTIBIÓTICOS, A ECOLOGIA DAS BACTÉRIAS, A INFECÇÃO HOSPITALAR E A ÉTICA DA RESPONSABILIDADE SÃO A CHAVE PARA O DESEMPENHO PRUDENTE DA PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Para complementar este primeiro momento da formulação de juízos da Tese sobre o problema da infecção hospitalar, a importância do fenômeno das bactérias-antibiótico-resistentes pelo uso indiscriminado de antibióticos e o papel dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos-bioquímicos e cirurgiões-dentistas) frente a esta realidade, ressalta-se o pensamento de três estudiosos das ciências sociais.

Antes, contudo faz-se necessário enfatizar que as obras clássicas de Marx no campo da Sociologia (ciências humanas-políticas-sociais) e de René Dubos (Ciência Médica/Biomedicina Ambiental) são sempre lembradas para quem pretende elaborar trabalho científico na área das Ciências Sociais/Saúde e muitas outras. Em relação as citações de J. M. Clark e Cunha foram retiradas da obra memorável de Dubos, "O despertar da razão: por uma ciência mais humana" (ganhador do Prêmio Pulitzer 1996). Todos estes cientistas, cada um dentro de sua peculiaridade, produziram trabalhos críticos e reflexivos sobre as consequências da evolução galopante do progresso da tecnologia, dos fatores econômico-político-sociais e o impacto destes sobre a humanidade. Os pensamentos que serão citados a seguir vêm potencializar as reflexões sobre o assunto do problema científico até aqui exposto. Pois, os pensamentos formulados por estes autores constituem, sem dúvida, um incentivo para os estudiosos sobre os problemas complexos, entre eles, o controle da infecção hospitalar e as suas interações com os profissionais de saúde. Vejamos, então:

Sabe-se que a compreensão trazida pelos conhecimentos científicos nos dá o poder de controlar a natureza. Marx, como cientista social, teve a primazia de chamar a atenção para essa aplicação do conhecimento científico. Disse: "Até agora os filósofos têm procurado a compreensão da natureza, mas de agora em diante devemos lutar para mudá-la" (in DUBOS, 1972).

Compete ao profissional de saúde (em destaque, neste trabalho, médicos, enfermeiros, farmacêutico-bioquímicos) questionar, com competência científica e com responsabilidade, o seu papel frente ao problema da resistência das bactérias aos antibióticos. Sem dúvida, estes profissionais de saúde precisam conhecer os fundamentos científicos do processo da infecção hospitalar para, assim, poder estabelecer as relações dos fenômenos causais desta infecção com a sua prática assistencial, mas, sobretudo, têm que adotar postura *ética de responsabilidade*. A terapêutica antimicrobiana é primordial no combate às infecções bacterianas, contudo, na prática, um número expressivo de pesquisadores, dentre eles MCDONALD 1997, DEMBRY1998, RUBIN 1999, alertam que o uso indiscriminado dos

antibióticos nos hospitais tem provocado seqüelas graves, como a seleção de amostras bacterianas resistentes.

No hospital a equipe multiprofissional é o ponto chave para o controle da infecção hospitalar. Destaca-se que além do médico, o profissional de enfermagem e o farmacêutico-bioquímico e o cirurgião-dentista fazem parte deste processo, portanto, eles devem também lutar para sugerir e introduzir novas medidas que venham minimizar este grave problema, bem como vigiar o cumprimento das normas básicas de controle da infecção hospitalar, como a lavagem das mãos.

Cunha, renomado professor do Instituto de Biociência da USP, já na década de 70 alertava: Os resultados do uso da ciência só para a obtenção de poder e de lucro já se fazem sentir e estão bem vivos conosco. A imensa poluição dos centros industriais, os desertos causados por uma agricultura feita sem bases ecológicas, a criação de bactérias e de pragas resistentes em consequência do uso indiscriminado de antibióticos e de inseticidas, o envenenamento gradual do homem pelo uso de substâncias químicas não experimentados biologicamente são bons exemplos (in DUBOS, 1972).

O meio ambiente hospitalar é um micro ambiente, isto é, uma parte do universo social. Assim, todos os profissionais de saúde precisam, trabalhar e lutar para reverter este desequilíbrio ecológico gerado pelo próprio homem, pois, o desequilíbrio na ecologia das bactérias (de sensíveis para resistentes aos antibióticos normalmente utilizados) está associado, principalmente, ao uso indiscriminado de antibióticos e à problemática da infecção hospitalar.

Assim de acordo com Dubos (1972), o fermento social que está começando a agitar a comunidade dos cientistas nutre a esperança de que o homem ainda tem uma chance de controlar o seu destino, impondo um rumo ao esforço científico e, em particular, planejando conscientemente a tecnologia científica que dará forma ao mundo moderno.

Acredita-se, que a esperança é uma força para um agir com responsabilidade e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida. Logo, não seria *O Uso Prudente de Antibióticos* uma mudança de atitude louvável e responsável do profissional de saúde? Somente aqueles que acreditam em modificar/transformar podem criticar e sugerir mudanças.

Os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões-dentistas constituem uma força, na assistência hospitalar. Eles têm competência intelectual e científica para deflagrar esta luta e promover mudanças estratégicas na prática assistencial, especialmente.

em relação ao uso prudente de antibióticos. Agindo desta maneira estarão contribuindo para diminuir o surgimento de novas cepas de bactérias resistentes hospitalares e indiretamente controlando a problemática da infecção hospitalar. Uma atitude de respeito que irá beneficiar diretamente o bem-estar do paciente e, também, diminuir os custos do tratamento.

Ressaha-se, entretanto, que geralmente a busca de novos valores e mudanças de comportamento deve também estar permeada pelos *princípios da ética da responsabilidade*. Bom seria se, urgentemente, estes profissionais de saúde sentissem o quanto se faz necessário e, o quanto seria importante erguer esta bandeira "*O Uso Prudente dos Antibióticos*" para poder assim maximizar, concretamente, o controle da infecção hospitalar, de uma maneira racional e responsável.

Conforme Clark (in Dubos, 1972), existem dois mundos, o mundo da investigação impessoal das causas e dos efeitos e o mundo dos desejos, dos ideais e dos julgamentos de valores. As ciências naturais tratam do primeiro mundo enquanto a ética cuida do segundo.

Sabe-se que a infecção hospitalar, tema que há décadas vem sendo frequentemente estudado e discutido por sua importância, traz uma forte conotação ética. Assim, pretende-se no desenvolver deste trabalho, entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas.

2 INFECÇÃO HOSPITALAR: UMA INTER-RELAÇÃO ECOLÓGICA ENTRE O HOMEM/ MICROORGANISMO/MEIO AMBIENTE

2.1 Os microorganismos e o seu meio ambiente

Para Cano e Colomé (1986 p.740), em ciência, o estudo da ecologia é a inter-relação entre organismos e seu meio ambiente. O termo “ecologia” foi concebido por Ernst Haeckel em 1866, tomou-se popular durante a década de sessenta, quando as pessoas começaram a sentir os efeitos que as mudanças do meio ambiente estavam causando em suas vidas.

De acordo com Prescott (1996, p. 811), os microorganismos são componentes essenciais de todo ecossistema (um ecossistema é uma comunidade de organismos e seu meio ambiente físico e químico que funcionam como uma unidade ecológica).

Biólogos estão cientes a muitos anos, da importância do papel central dos microorganismos no meio ambiente. Microorganismos se colonizam e se multiplicam junto de superfícies ou materiais. Durante a multiplicação, eles obtêm os nutrientes do seu meio ambiente imediato e em troca liberam resíduos metabólicos. Estas atividades metabólicas são responsáveis por muitas mudanças no meio ambiente, que ultimamente tem afetado o crescimento e a saúde de outros organismos. Algumas mudanças efetuadas pelos microorganismos em animais, plantas e seres humanos são prejudiciais a estes. Como por exemplo, quando microorganismos crescem nos tecidos de plantas, animais e humanos, eles podem alterar o metabolismo, crescer e disto causar doença (como a produção de enzimas que inibem a síntese protéica levando a morte celular). Entretanto, por outro lado, o crescimento

de microorganismo no meio ambiente é absolutamente essencial para a existência de todas as formas de vida. (CANO; COLOMÉ 1986 p.740).

Todavia, segundo Prescott (1996, p.3) é importante enfatizar, que neste vasto mundo dos microorganismos, uma gama destes agentes microbianos (como por exemplo, bactérias, fungos, leveduras), se faz necessária na produção de pães, queijo, cerveja, vinho, antibióticos, vacinas, vitaminas, enzimas, e muitos outros produtos. Os microorganismos são componentes indispensáveis em nosso ecossistema. Eles tomam parte no Ciclo de Carbono, de Oxigênio, de Nitrogênio e de Enxofre que fazem parte dos sistemas terrestres e aquáticos.

Mais adiante, esse mesmo autor ressalta que estes microorganismos também são fontes de nutrientes e a base das redes e dos caminhos ecológicos de toda cadeia alimentar.

É certo, que os microorganismos também têm causado prejuízo aos humanos e provocado distúrbios na sociedade há milênios. Infelizmente, as doenças microbianas têm um papel de destaque nos eventos históricos da humanidade, tais como o declínio do Império Romano (exemplo: doenças sexualmente transmissíveis, peste, tifo e outras), e na conquista do Novo Mundo (exemplo: introdução da sífilis na Europa). Em 1347 a peste ou “doença negra” atacou a Europa com força total. Por volta de 1351, somente quatro anos mais tarde, a praga tinha matado 1/3 da população (cerca de 25 milhões de pessoas). Nos 80 anos que se seguiram, esta doença ceifou vidas humanas sem cessar, e, presume-se que tenha dizimado mais que 75% da população Européia. Alguns historiadores acreditam que este desastre mudou a cultura Européia e preparou o caminho para a Renascença. Hoje, os microbiologistas, lutam contra os microorganismos que causam doenças emergentes e reemergentes (fatais ou graves) tais como a AIDS, Ebola, Malária, Tuberculose e outras doenças infecto contagiosas que continuam a se disseminar na sociedade (PRESCOTT, 1996 p.3).

Postgate (1992 p.xi) também enfatiza que os microorganismos ou micróbios estão em todos os lugares. No ar, no solo, na água, em nossa pele e cabelo, em nossa boca e intestinos, e na comida que nós comemos. Eles tomam o solo fértil; eles limpam o meio ambiente; eles modificam e frequentemente melhoram nossa comida; eles sintetizam vitaminas e a liberam para o meio ambiente; e alguns até nos protegem de outros micróbios menos desejáveis. Contudo muitas pessoas nem sabem que eles existem - exceto, algumas vezes, quando ficam doentes. Então os microorganismos, também chamados de “germes”, são vistos como algo desagradável, impopular porque muitos causam doenças, outros contaminam e putrefaçam comidas, e alguns podem destruir materiais valiosos. Somente quando tais infortúnios

acontecem é então que muitas pessoas tomam consciência dos micróbios como um todo. Como é o caso, por exemplo, da ocorrência das infecções hospitalares.

A relação prejudicial entre o meio hospitalar, paciente/profissionais de saúde, o uso indiscriminado de antibióticos, a pressão seletiva de bactérias multiresistentes é um exemplo evidente de desequilíbrio ecológico de uma inter-relação entre organismos e seu meio ambiente. Assim, esta afirmação vem reforçar o título escolhido para ancorar a temática deste estudo; *uso indiscriminado de antibióticos e a ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar: conhecimento e prática dos profissionais de saúde, à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas.*

2.2 O Hospital como meio ambiente

É ingênuo acreditar que a única influência da hospitalização sobre a doença é diminuir ou parar o seu progresso. A internação do paciente em um hospital não é passaporte para a saúde. Muito pelo contrário, hospitais constituem uma forte e importante fonte de infecções. Os hospitais são verdadeiras fortalezas das bactérias-antibiótico-resistentes. O meio ambiente hospitalar alberga uma grande variedade de microorganismos, especialmente bactérias. Muitos destes agentes bacterianos, embora normalmente não patogênicos, são capazes de rapidamente sobrepujarem a baixa resistência dos pacientes imunodeprimidos e podem causar doenças infecciosas.

As infecções hospitalares são aquelas infecções que se desenvolvem em um hospital ou são produzidas por microorganismos adquiridos durante a hospitalização. A infecção hospitalar pode envolver não somente pacientes, mas também quaisquer outros indivíduos que também entram em contato com o hospital, incluindo os profissionais de saúde, voluntários, trabalhadores de limpeza, copa e cozinha e outros (BENNETT, 1993 p. 11).

Calcula-se que aproximadamente um de 14 a 17 pacientes admitidos nos hospitais adquire uma infecção durante o período de hospitalização.

No hospital as principais fontes de microorganismos podem ser do paciente, dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros) e do ambiente hospitalar.

Para Postgate (1992), as infecções hospitalares são em parte devido à prevalência dos pacientes, mas, também, são devido à presença de microorganismos patogênicos que são amplamente selecionados no ambiente hospitalar. O hospital é um ambiente onde

microorganismos podem ser transmitidos numa variedade de caminhos, como de um indivíduo para o outro, do profissional de saúde (Ex: médico, enfermeiro) para o paciente e vice-versa. Por isso, os profissionais de saúde que trabalham, principalmente em hospitais, precisam estar particularmente cientes dos microorganismos nocivos (patógenos), suas fontes e como eles podem ser transmitidos de pessoa a pessoa. Médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos-bioquímicos, técnicos de enfermagem, de laboratórios, dentistas, e os demais profissionais envolvidos com pacientes devem tomar precauções para controlar e prevenir a transmissão dos patógenos.

Assim então, os micróbios nocivos podem ser transferidos dos profissionais de saúde para pacientes, de pacientes para pacientes, dos pacientes para os profissionais de saúde e a outras pessoas suscetíveis. Essa transmissão entre indivíduos e ambiente pode ser **direta**, pelo *contato das mãos*, ou de modo **indireto** pela *inalação de perdigotos; ingestão de água e/ou alimentos contaminados; picada de agulha através da pele; roupas de cama, louças e instrumentos contaminados* e outros mais (POSTGATE, 1992).

2.3 O papel do profissional de saúde no contexto da infecção hospitalar

O uso de antibióticos envolve a ação simultânea das várias equipes de profissionais de saúde; médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, bioquímicos, veterinários e outros. No ambiente hospitalar, no específico caso, do uso indiscriminado de antibióticos as competências de cada profissional se fazem bem representadas nas suas respectivas atribuições. O médico e odontólogos são os profissionais que prescrevem o antibiótico; cabe ao enfermeiro administrá-los, ao farmacêutico controlar as solicitações e fazer cumprir o rodízio destas drogas de acordo com o estipulado pela CCIH; ao bioquímico cabe isolar, identificar e determinar a sensibilidade da amostra isolada aos antimicrobianos. O paciente merece, com todo respeito receber o tratamento adequado por parte da equipe multidisciplinar. Isto se traduz no evitar o uso indiscriminado de antibióticos, contribuindo para limitar a emergência de organismos multiresistentes. Também diminuindo a ocorrência de efeitos colaterais e os custos assistências. Logo, estes profissionais de saúde podem fazer a diferença na luta contra as bactérias-antibiótico-resistentes.

2.3.1 Enfermeiros

O papel da enfermagem na sociedade faz-se de diversas maneiras e em campos diversificados. Entretanto, para a comunidade em geral, é na prática assistencial que esta profissão faz-se presente e, talvez, onde seu desempenho mostra-se mais reconhecido. O hospital representa o “*hahitaf*” para a maioria dos profissionais de saúde. Hoje, com a globalização, o conhecimento científico vem permeando a tudo e a todos que fazem parte desta aldeia global. As tecnologias avançadas, introduzidas diariamente nas instituições hospitalares e/ou na área da saúde, exige que os profissionais de saúde não somente se adaptem ao manuseio dos procedimentos modernos de terapia ou de diagnóstico, mas, principalmente, que eles estejam atualizados científica e teoricamente e capacitados para exercer sua prática assistencial com competência. Neste contexto, a história da enfermagem vem evoluindo, desde Florence Nightingale, e se destacando cada vez mais no estudo e na pesquisa, ligando educação, teoria e prática, através do processo da arte do cuidado.

Assim, o papel do enfermeiro, na ecologia das bactérias-antibióticos-resistentes associadas a problemática da infecção hospitalar, é um desafio que deve ser considerado, estudado e analisado, pois, estes profissionais de saúde fazem parte ativa do “*staff*” médico de um hospital. Ressalte-se que os enfermeiros além dos cuidados prestados aos pacientes ocupam cargos de chefia tais como; de setor administrativo hospitalar, ou de outras instituições de saúde, de unidades clínicas, de unidades de Pediatria, de UTI, de Centro Cirúrgico, de Clínica Cirúrgica, de Hemodiálise etc. (unidades estas, consideradas de alto risco para infecção hospitalar). Eles também fazem parte da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e como membros efetivos são responsáveis pela vigilância e controle desta infecção, e pela promoção de campanhas educativas para o controle da infecção hospitalar.

Logo, o conhecimento da enfermagem deve ser permeado por debates científicos, estudos de casos e pesquisa. Deve, sobretudo, conhecer quais são os principais fenômenos causais que envolvem o problema da infecção hospitalar; saber como ocorre o fenômeno do processo de aquisição da resistência bacteriana aos antibióticos e como proceder para evitar que este processo ocorra, ou seja, minimizado.

A enfermagem do Século XXI deve estar cada vez mais preparada e cientificamente atualizada para analisar, refletir, contrapor e sugerir mudanças na sua prática assistencial, fundamentada, principalmente, em teorias e/ou estudos científicos, e respaldada também pela

experiência apreendida da sua prática vivenciadas no hospital. Logo, os enfermeiros precisam conhecer e compreender os principais fatores predisponentes envolvidos no processo do uso indiscriminado de antibióticos/resistência bacteriana/infecção hospitalar e, conseqüentemente, tomar-se apto e capaz de detectar não só surtos epidêmicos desta infecção, mas, também do surgimento de cepas resistentes e, efetivamente, adotar medidas eficazes no controle das mesmas.

Concorda-se com Gibson (1993, p. 39) quando este diz que:

a enfermagem é mna parte vital e integral do sistema do cuidado de saúde, uma vez que os enfermeiros têm um contato mais contínuo e, talvez, um contato mais íntimo com o paciente, mais que outro profissional. Eles tem, portanto, uma privacidade com seus pacientes e familiares, dividindo com eles seus medos, ansiedades, esperanças e temores. Entretanto, esta posição oferece privilégios únicos e também responsabilidades.

Um das atribuições da equipe de enfermagem é administrar medicamentos aos pacientes, inclusive antibióticos. Uma ação que exige além de conhecimento teórico/prático, o senso de responsabilidade. Ressalta-se que o papel do enfermeiro é imprescindível na etapa de preparo e de administração destes fármacos. Sua atenção deve estar aguçada quanto a prescrição médica, qual o antibiótico indicado, a via a ser utilizado, o horário, a dose, a diluição e outros. A equipe de enfermagem também tem que estar atenta a possíveis erros na prescrição médica. Qualquer dúvida, a chefia de enfermagem deve contatar com o médico responsável e esclarecer qualquer tipo de dúvida. Observar reações adversas do paciente aos antibióticos compete também a estes profissionais de saúde. Pinto (2000, p. 3) destaca, que ao término do período de internação, a enfermagem tem uma oportunidade única de orientar e informar o paciente sobre a continuação do uso de antibióticos, da forma correta. O paciente deve ser esclarecido sobre a necessidade de observar rigorosamente a hora e o tempo do uso de antibiótico, e que não interrompa o tratamento mesmo que se sinta melhor ou aparentemente curado.

O enfermeiro representa um elo importante na luta do controle da resistência bacteriana.

Por isso, neste estudo alguns enfermeiros deverão ser entrevistados, pois, eles também são fundamentais para se alcançar os objetivos desta pesquisa.

2.3.2 Médicos

Segundo Landmann (1985, p. 17), há cinqüenta anos o grande reformador da medicina americana, Abraham Flexner, definiu a profissão médica como aquela que se apossou de

princípios e segmentos do campo científico, organizados com um propósito distinto e prático. Segue adiante, citando Jaques Barzun, quando afirma que, desde que os leigos não possuem esse treinamento e esse propósito, a profissão passou a ser um monopólio.

Os médicos têm um relevante e imprescindível papel na problemática da infecção hospitalar. Cabe a esses profissionais de saúde, o diagnóstico e a terapêutica do paciente. Compete ao médico, além de atender o paciente, fazer exame físico, estabelecer um diagnóstico, solicitar exames complementares, ou seja, laboratoriais, radiológicos; ultrasonografias, ressonância magnética, cateterismo coronário, densitometria óssea entre outros; prescrever medicamentos (orais, intravenoso ou endovenoso) para determinado tratamento terapêutico e principalmente, orientar sobre o uso correto das drogas recomendadas.

A infecção hospitalar tem crescido na razão direta do desenvolvimento de técnicas invasivas (cânula respiratória e sonda vesical, por exemplo). Entretanto, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as práticas que controlam infecções não acompanham este desenvolvimento. Cada indicador epidemiológico de infecção hospitalar está ligado a uma série de causas potenciais, relacionadas à assistência cotidiana prestada nos hospitais. Estas causas são basicamente associadas aos procedimentos invasivos (diagnósticos e terapêuticos) que permeiam todos os procedimentos e cuidados diretos da equipe multiprofissional dos pacientes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Ressalta-se que compete ao médico realizar a maioria destes procedimentos invasivos. A responsabilidade médica também se estende em relação à observância da correta e rigorosa técnica asséptica quando da manipulação de pacientes ou procedimentos cirúrgicos ou de diagnóstico. Como principal medida do controle da infecção hospitalar destaca-se a *lavagem das mãos e/ou uso de anti-séptico*. As mãos não lavadas adequadamente ou contaminadas são veículos de transmissão da infecção hospitalar. Alguns trabalhos científicos (MERTENS 1990, SCHABERG 1991) têm demonstrado que os médicos são os profissionais de saúde que menos lavam às mãos. Infelizmente muitos médicos, ainda hoje, desprezam ou negligenciam esta medida simples e eficaz tão importante para o controle da infecção hospitalar. Geralmente, as justificativas variam de modo diverso como: falta de tempo, esquecimento, não consideram a lavagem das mãos necessária, já o fizeram quando entraram no hospital ou porque usam luvas etc.

Enfatiza-se que a prescrição medicamentosa está sob o comando dos médicos. Conseqüentemente o uso indiscriminado dos antibióticos também é de responsabilidade destes profissionais de saúde.

Infelizmente, por causa do uso intensivo e indiscriminado destas drogas a humanidade hoje convive com uma realidade, cruel e perversa, que é o impacto mundial da resistência bacteriana e, a interferência direta deste fenômeno, na alta incidência das taxas de morbidade e/ou de mortalidade por Infecção hospitalar.

Sabe-se que o cuidado médico é imprescindível na cura e tratamento de doenças infecto-contagiosas. Estes profissionais de saúde também lideram a **Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH)**, cujo papel é de suma importância, pois ele além de chefiar uma equipe multiprofissional, cabe estabelecer, motivar, organizar campanhas educativas, estudos científicos, criar normas de procedimentos visando não só a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao paciente, mas, sobretudo, evitar, diminuir e controlar a taxa de infecção hospitalar e, concomitantemente, promover a alternância do uso dos antimicrobianos.

Entender os significados dos conhecimentos e das práticas de alguns médicos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar, à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas faz parte dos objetivos elencados neste estudo.

2.3.3 Farmacêuticos

No hospital os farmacêuticos são responsáveis pela distribuição de drogas e, frequentemente, também pelo preparo da adição de drogas em soluções medicamentosas de administração intravenosa e de alimentação parenteral. Estes profissionais de saúde, que trabalham na farmácia hospitalar, e/ou na **Comissão do Controle de Infecção Hospitalar** seguidamente monitoram a utilização de drogas nos hospitais e são fontes importantes de informações sobre os medicamentos usados nos hospitais.

Então, os farmacêuticos estão envolvidos tanto no controle como na ocorrência das infecções hospitalar e principalmente no controle da disseminação de bactérias-antibiótico-resistentes.

Assim, esses profissionais de saúde, têm também um papel importante no controle da infecção hospitalar, uma vez que os produtos liberados pela farmácia são considerados livres de qualquer tipo de patógenos e estes não são processados posteriormente nos postos de enfermagem. (BENNETT, 1993, p. 6).

Compete aos farmacêuticos a seguinte responsabilidade; a) controlar, orientar as técnicas assépticas na farmácia para evitar a contaminação de medicamentos oral e parenteral.

agente anti-sépticos e desinfetantes; **b) controlar e estabelecer rodízio de drogas antimicrobianas de uso hospitalar, providenciar e encaminhar estas informações para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;** c) servir como fonte de informação do uso de drogas (antibióticos) que é pertinente à prescrição do "staff" médico hospitalar. (BENNETT, 1993, p. 117)

Os farmacêuticos são, também, um dos "Atores Sociais" que irão participar da *Entrevista* que fundamenta a metodologia qualitativa do Trabalho de Campo deste estudo.

2.3.4 *Bioquímicos*

Muitos hospitais no Brasil possuem Laboratório de Microbiologia (também denominado de Laboratório de Análises Clínicas), que representa uma unidade hospitalar de relevância e de grande valia para o diagnóstico médico. O bioquímico é responsável pelo exame e diagnóstico laboratorial de materiais biológico (coletado de pacientes internos ou não) e pela identificação de microorganismos patogênicos causadores de diferentes quadros clínicos e dos microorganismos responsáveis por surtos epidêmicos de infecção hospitalar. O profissional bioquímico portanto tem um importante papel no controle da infecção hospitalar, como também no rastreamento diário e constante de amostras de bactérias-antibiótico-resistentes. Portanto ressalta-se que cabe a esse profissional de saúde não só a responsabilidade de manipular e trabalhar com competência os materiais clínicos que chegam a suas mãos mas, também, determinar e identificar os agentes etiológicos causador de doenças infecciosas, encaminhar o mais rápido possível o resultado obtido para o médico que solicitou o exame ou enviá-lo a respectiva unidade clínica, comunicar a vigilância da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de qualquer tipo de epidemia hospitalar, como alertar essa mesma Comissão ou o Diretor Geral do hospital da lista de nomes de antibióticos aos quais determinadas bactérias são resistentes.

Os bioquímicos são, também, um dos "Atores Sociais" que irão fazer parte desta pesquisa.

2.3.5 *Cirurgiões-dentistas*

O papel dos cirurgiões dentistas em alguns hospitais é, principalmente, exercer sua profissão dentro de centro cirúrgico quando o paciente apresenta qualquer tipo de lesão ou

trauma dos maxilares. O exercício de sua especialidade (cirurgião-buco-maxilo*facial) incluiu a prescrição de antimicrobianos, tanto como profilaxia e para tratamento.

De acordo com Carvalho e Costa (2000) à semelhança da prática médica, os cirurgiões dentistas têm lançado mão dos antimicrobianos de maneira abusiva, na prática profissional de quase toda as especialidades. Um dos campos mais preocupantes é do domínio da Periodontia, tomada como exemplo nesta avaliação crítica. [...] Em qualquer circunstância, o eventual uso e a escolha de um antibiótico deveriam ter por base uma criteriosa avaliação clínica e, na medida do possível, dados microbiológicos que pudessem orientar a terapêutica. Para ela, dever-se-ia considerar o uso de antimicrobianos na Odontologia com grande reserva, com indicações fundamentadas em avaliação clínica cuidadosa - seja na área da cirurgia buco-maxilo-facial, da periodontia ou da endodontia e em dados microbiológicos objetivos. Finalmente, enfatiza Carvalho e Costa (2000, p. 8), que o nosso desafio maior, educadores-pesquisadores, é sensibilizar a comunidade odontológica e o Poder Público quanto à gravidade desta problemática da resistência bacteriana e quanto á nossa responsabilidade e competência em poder contribuir para minimizar suas conseqüências, desde que suporte adequado seja garantido.

Assim, esses profissionais de saúde também são importantes, no controle da infecção hospitalar e devem, sobretudo estar conscientes da relação entre o uso indiscriminado de antibióticos e o surgimento de cepas bacterianas resistentes. Entender os significados dos conhecimentos e das práticas de alguns cirurgiões dentista na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas á problemática da infecção hospitalar faz parte dos objetivos elencados neste estudo.

3 JUSTIFICATIVA: ANÁLISE HISTÓRICA DO PROBLEMA

Precisamos saber não só o que fazer, mas também precisamos estudar muito bem, porque fazer e como fazer (Cunha, 1972).

3.1 O que fazer

Ao candidatar-me para o exame de seleção de Doutorado, oferecido pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, optei como área de concentração denominada pela PEN/CCB/UFSC de Enfermagem, Saúde e Sociedade. A escolha do título para compor este trabalho de pesquisa é; USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS E A ECOLOGIA DAS BACTÉRIAS-ANTIBIÓTICO-RESISTENTES ASSOCIADAS À PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, Á LUZ DA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE DE HANS JONAS.

As raízes que deram origem a esta proposta de estudo, fundamentam-se nas experiências adquiridas e vivenciadas, no início da década de 80, nos serviços de saúde, como enfermeira chefe do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra, e na Unidade de Saúde do Centro Social Urbano, no Saco dos Limões, ambos na Capital do Estado de Santa Catarina. Depois, como professora da Universidade Federal de Santa Catarina, onde há, 17 anos, leciono a disciplina de Microbiologia Médica, no Departamento de Microbiologia e Parasitologia (MIP/CCBAJFSC), para alunos de graduação de enfermagem, medicina, odontologia, farmácia e bioquímica.

O reforço para continuar a trabalhar com o problema da infecção hospitalar, no curso de doutorado, emergiu a partir dos importantes dados obtidos e registrados na Dissertação de Mestrado desta doutoranda. “Prática Assistencial de Enfermagem: resgate da Microbiologia como fundamento para o Controle da Infecção Hospitalar” (Santos, 1996).

Naquela oportunidade, os dados obtidos da entrevista de 108 profissionais de Enfermagem que trabalhavam em quatro grandes hospitais de Florianópolis, apresentaram resultados surpreendentes e muito reveladores.

Em relação a questão do questionário nº 1; do item 9; **“Você julga ter conhecimento básico de Microbiologia para aplicar no dia-a-dia do hospital? 52% dos enfermeiros** responderam que **não** tinham conhecimento básico de Microbiologia. Considerando que **84%** dos entrevistados trabalhavam na assistência hospitalar, onde ocorre a maioria das infecções hospitalares, o resultado obtido é digno de uma profunda reflexão. Dos 108 entrevistados apenas 20 deles trabalhavam como docentes na UFSC.

Após estudo e análise dos resultados pôde-se afirmar que aquele trabalho “mostrou que o conhecimento básico de Microbiologia entre a maioria dos profissionais de Enfermagem, está desatualizado e que muitos julgam não ter conhecimento de Microbiologia básica para aplicar no seu dia a dia no hospital” (SANTOS, 1996).

Assim, considero que entre os vários dados obtidos por mim, na dissertação de mestrado, o mais importante foi sobre o **desconhecimento da Microbiologia**, por parte dos profissionais da enfermagem que formavam a população alvo daquele estudo.

Este fato despertou-me à vontade de dar prosseguimento sobre o estudo do controle da infecção hospitalar. Mas, agora, enfocando um outro ponto de vista desta infecção, ou seja, entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas. Este será, então, o objeto principal deste estudo.

Os “Atores Sociais” desta pesquisa, já mencionados, foram médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões-dentistas que atuam no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HUAJFSC), situado no bairro da Trindade, em Florianópolis. Logo, esse hospital é *o espaço físico* escolhido para o trabalho de campo.

Através do uso abusivo dos antibióticos e da evolução biológica normal (devido a sua alta taxa de reprodução, diversidade genética e a fi-équente habilidade de aceitar DNA

externo) um crescente número de bactérias está se tornando multiresistente as drogas. Esta multiresistência já tem aparecido em algumas amostras de *Staphylococcus* e *Enterococcus*, sendo que para este último já não existe uma droga disponível, significando que uma infecção por *Enterococcus* resistentes pode levar a óbito, por mais banal que seja a infecção (ISSACK et al, 1996, p. 191; CHADWICK et al, 1996, p. 83).

Entre as conseqüências do abuso do emprego de antibióticos destacam-se: seleção de cepas de bactérias resistentes, implicações ecológicas e epidemiológicas, risco de super infecções, maior incidência de efeitos colaterais e aumento do custo da assistência médico-hospitalar.

Outrossim, ressalta-se que a resistência as drogas alterou o tratamento da gonorréia, infecções do ouvido médio e da tuberculose. A resistência a penicilina foi recentemente reconhecida em *Pneumococcus*, que constituem a principal causa de pneumonia, meningite e infecções do ouvido médio, segundo estatísticas dos Estados Unidos (RAO, 1998).

Estes três fenômenos - **o aparecimento de agentes infecciosos desconhecidos, o ressurgimento de velhos agentes, e o aumento da incidência de bactérias resistentes as drogas** - representam um claro e imediato perigo para a comunidade.

Acrescente-se, por sua relevância, a isto o fato de que o processo tecnológico no tratamento de pacientes e o aumento crescente de pacientes imunodeficientes ou que apresentam baixa resistência imunológica, (exemplo; AIDS) tem colocado mais pacientes em risco de contrair infecção hospitalar.

A cada ano, nos Estados Unidos, cerca de 2 milhões de pessoas adquirem infecções enquanto estão hospitalizadas, com mais de 20.000 mortes resultantes destas infecções hospitalares. Em 1992, o tratamento das infecções hospitalares, naquele país, foram em torno de 4,5 milhões de dólares e o custo do tratamento de infecções causadas por patógenos resistentes aos antibióticos foi estimado em 4 bilhões de dólares. Em 1990, os antibióticos foram os medicamentos mais prescritos nos Estados Unidos.

No Brasil, segundo o último relatório do Ministério da Saúde, acerca do controle de infecção hospitalar, realizado em novembro de 1994, apenas algumas Capitais possuem dados organizados de taxa de infecção hospitalar; Florianópolis/SC, Recife/PE, Belo Horizonte/MG. Ressalta-se que grandes Capitais como São Paulo e Rio de Janeiro, não possuem dados sobre a taxa de infecção hospitalar.

Entretanto, como temos salientado o surgimento de amostras resistentes aos antibióticos vai levar, num futuro muito próximo, o atendimento médico das doenças infecciosas a um impasse com desfecho imprevisível, porque as bactérias podem combinar a acumular armas e têm meios muito sofisticados para passar o seu “know how” à suas células filhas, e clones resistentes podem se espalhar geograficamente. É A ERA PÓS-ANTIBIÓTICA QUE SE AVIZINHA (HYDE, 1994). O termo “Era Pós-Antibiótica” significa que se os cientistas não descobrirem novas estratégias para combater as bactérias resistentes aos antibióticos (que hora estão em uso), a humanidade estará sujeita a morrer por uma simples corte na mão ou infecção na unha, como acontecia antes da descoberta e do uso destas drogas,

Uma vez exposto o problema da infecção hospitalar, delimitado o principal enfoque deste estudo e qual a comunidade a ser estudada em relação a problemática selecionada, foi imprescindível e necessário determinar os objetivos norteadores este trabalho.

Conforme Sabino (1978), a objetividade tem sua origem no objeto, é dizer naquele que se estuda, sobre o qual se deseja conhecer ou saber algo. Objetividade significa a intenção por obter um conhecimento que concorde com a realidade do objeto. Que o descreva ou explique tal qual ele é, e não como nós outros desejaríamos que fosse.

Assim, à partir do conjunto de idéias até aqui formuladas construiu-se os seguintes objetivos.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas

4.2 Objetivos Específicos

- Interpretar os significados dos conhecimentos que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões dentistas) possuem em relação ao fenômeno da resistência bacteriana aos antibióticos no controle da infecção hospitalar.
- Discutir com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões dentistas) o seu ponto de vista e o seu parecer teórico-prático sobre a emergência das bactérias-antibiótico-resistentes e seu impacto na prática da saúde relativa ao controle da infecção hospitalar.
- Refletir junto com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêutico-bioquímicos, cirurgiões-dentistas) os aspectos bioéticos, segundo o Princípio da Responsabilidade, concebido por Hans Jonas, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar.

5 A BUSCA DO MARCO TEÓRICO

Eis que no caminho do precisar saber não só o que fazer, mas, também, precisar saber muito bem porquê fazer e como fazer emergiu a necessidade da busca do Marco Teórico, isto é, a idéia-guia para dar o significado teórico/filosófico do estudo; entender os significados dos conhecimentos de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibióticos-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar.

Esta nova empreitada intelectual precisou ser bem planejada. Então, o primeiro passo foi constituído pela procura e indicação de referencias bibliográficas, sob a orientação do competente professor Bonifácio Bertold do Departamento de Filosofia da UFSC. O segundo momento, foi selecionar as obras de diversos autores, nacionais e estrangeiros, que abordassem especificamente assuntos relacionados a ética e/ou bioética.

Assim, a busca do marco teórico começou a ser construído a partir de alguns importantes pensadores da Grécia Antiga, que deram a origem ao estudo da filosofia e as primeiras formulações do conhecimento ético. Depois, na era moderna, se dá destaque especial ao pensamento ético de Kant, de Peter Singer e de Hans Jonas.

5.1 A ética como fio condutor da bioética

Na história da humanidade, algumas civilizações que se desenvolveram, ao longo das eras, se destacaram, especialmente por possuírem referenciais filosóficos próprios e fortes. A Grécia é o berço da civilização ocidental. Foram as condições sociais, políticas e econômicas favoráveis que propiciaram o nascimento e o florescimento da ciência e da filosofia na Grécia, do século VI a.C.

A Grécia representa em face dos grandes povos do oriente, um “progresso” fundamental, um novo “estádio” em tudo que se refere à vida dos homens na comunidade. Por mais elevadas que julguemos as realizações artísticas, religiosas e políticas dos povos anteriores, a história daquilo a que podemos com plena consciência chamar cultura só começa com os gregos (JAEGER 1989, p.4).

Os pensadores gregos ousaram refletir sobre a existência do mundo, da natureza e da vida. Assim, o nascer, o viver, o existir, o ser, o ter e o morrer despertaram e geraram questões filosóficas.

Para Durant (1989, p.5) que atitude tomar em fase da vida humana; nascimento, doença, sofrimento, envelhecimento, morte? Não é de hoje que os seres humanos se dão regras morais e códigos deontológicos sendo o código de deontologia médica, talvez, o mais antigo e o mais conhecido. Desde Hipócrates, humanistas, filósofos, teólogos, juristas, de todas as épocas e de todas os países, continuaram a se questionar sobre a exigências, do respeito à vida humana”.

Na sociedade contemporânea, estas questões éticas não só permaneceram como se agravaram, principalmente, nas duas últimas décadas, em consequência do desenfi-eado progresso técnico-científico introduzido diariamente em nosso cotidiano. Então, a humanidade está convivendo com uma nova e assustadora realidade. Frente a essa realidade pergunta-se: como reagir ou enfrentar o impacto e as seqüelas que estas descobertas estão causando a sociedade como um todo? Qual deverá ser a conduta ética da sociedade perante o desenfi-eado progresso da tecnologia moderna? Adotar-se-á novas posturas éticas/morais em relação aos novos questionamentos que estão emergindo provocados pelas descobertas da biotecnologia, como a clonagem humana, gravidez de aluguel, fecundação de proveta, armas biológicas, o prolongamento da vida em UTIs, eutanásia e o aborto e outros?

Este progresso da tecnologia moderna, também se faz presente na ciência biológica e médica, provocando uma inquietude generalizada, pois a engenharia genética tem conseguido desvelar os segredos da vida, decifrando códigos genéticos. Uma aventura por certo espetacular, mas incrivelmente perigosa, um campo minado para a insaciabilidade, tão característica da raça humana.

Assim, para Durant (1989, p.5) “a aceleração do progresso científico e técnico nesses úhimos anos, além do aumento do pluralismo nas sociedades contemporâneas, tem levado todos e cada um a colocarem questões novas (inseminação artificial, esterilização.

transexualidade, fecundação artificial, transplantes de órgãos, etc.), ou a se interrogar de maneira nova sobre antigas questões (suicídio, eutanásia, aborto, eugenismo)”.
Conforme Bellino (1997, p.40),

a ética da ciência é fundamental e prioritária na medicina em relação a qualquer outra consideração no âmbito da bioética. Pode-se tomar um perigo para a saúde a falta de exercício da racionalidade e do método crítico. Assinalar a linha de demarcação entre a ignorância e a competência e denunciar os procedimentos metodológicos errados e difundidos na prática médica atual é uma das tarefas fundamentais da ética da ciência.

Na clínica médica hospitalar ou nas comunidades, os antibióticos vêm sendo usados de modo excessivo e indiscriminado, desde a década de 50 em todos os países do mundo. Infelizmente, o uso indiscriminado de antibióticos por pressão seletiva proporcionou, com o decorrer do tempo, o surgimento de bactérias resistentes a um amplo espectro de antibióticos. Um relevante problema de saúde pública mundial, que tem suscitado importantes questionamentos éticos. Hoje, fala-se que é um problema da bioética, pois a vigilância e o controle do uso destes antimicrobianos é de competência médica e/ou de cirurgiões dentistas, e de demais profissionais de saúde que diretamente ou indiretamente estão envolvidos com esta medicalização. Todos os profissionais de saúde têm a obrigação de conhecer a gravidade desse problema. Os mesmos precisam correlacionar sua prática assistencial o uso indiscriminado de antibióticos, a resistência bacteriana e a infecção hospitalar e os aspectos éticos que envolvem esta terapêutica. O uso indiscriminado dos antibióticos favorece a seleção de bactérias resistentes e dificulta o controle da infecção hospitalar.

O impacto das bactérias resistentes é mundial e representa ameaça para humanidade. Cientistas advertem, se o uso indiscriminado de antibióticos não for freado de imediato, num futuro bem próximo, as doenças infecciosas não serão mais curadas. Um prognóstico devastador para a humanidade! Urge a necessidade de uma nova ética, uma ética com uma nova óptica que venha assegurar a integridade das gerações futuras.

5.2 Origem da filosofia

Sabe-se que para percorrer a evolução histórica do pensamento ocidental, se exigiria uma profunda revisão cronológica de todos os momentos ocorridos na história de nossa civilização. Contudo, salienta-se que, para este estudo, pretende-se apenas evocar alguns importantes filósofos ou pensadores, da Antiguidade e também da era moderna, cujas idéias

filosóficas ajudam a tecer como fios, a rede ética/bioética que se inter-relaciona com à problemática do uso indiscriminado de antibióticos, a resistência bacteriana e a infecção hospitalar.

A Grécia antiga é nascedouro da filosofia, berço dos mais expressivos filósofos da Antigüidade. A filosofia vem aparecer somente na Grécia, quando seus pensadores conseguem separar a razão da crença, procurando, inclusive explicar a existência de Deus à luz da razão. A investigação científica das verdades puramente racionais, o extasiamento ante a descoberta do porquê das coisas, as explicações muitas vezes artificiais, mas que demonstravam grande engenho, as teorias construtivas em diversos setores dos conhecimentos humanos, a discussão do problema das relações do corpo e alma, as incursões pelo domínio da matemática, a contemplação da natureza, eis as grandes preocupações dominantes daquela época.

Dois períodos se apresentam perfeitamente caracterizados: o Pré-socrático, representado pelas escolas jônica, itálica, eleática, sofista e o período Clássico, representado pela grandeza dos destacados filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles, quando a filosofia alcançou na Grécia o seu esplendor.

Conforme Lara (1999), entre os gregos, determinado tipo de estudioso começaram a ser chamados de filósofo. G que eles estudavam não eram os números, como os matemáticos, tão pouco eram os astros, como os astrônomos. Não eram as doenças e os métodos de cura, como os médicos, nem eram as leis, como os advogados. Os filósofos ao contrário se diziam preocupados com o todo. Eles queriam saber a origem de tudo, o porquê de tudo, a finalidade de tudo. Esse conhecimento sobre o sentido da totalidade foi chamado de sabedoria em grego, “*sophía*”. Aquele que se dedicava a este estudo foi chamado sábio (em grego, *sophós*) ou, mais humildemente, de amigo (em grego, *philos*) da sabedoria (*sophía*). É da junção destes dois termos que nasceu a palavra filosofia.

Conforme Tamas (1999, p. 17),

pode-se dizer que Sócrates, Platão, Aristóteles, Pitágoras (antes deles), Plotino (depois), Homero, Hesíodo, Ésquilo e Sófocles, todos expressavam uma espécie de visão comum, que refletia a propensão tipicamente grega de encontrar decodificadores universais para o caos da vida.

Segundo Reale e Antiseri (1990, p.23).

a superioridade dos gregos em relação aos povos neste ponto específico é de caráter não pxxfamente quantitativo, mas qualitativo, porque o que eles criaram, instituindo a

filosofia, constitui uma novidade que, em certo sentido, é absoluta. O extraordinário desenvolvimento cultural da civilização grega moldou o início do mundo ocidental.

Segundo Tamas (1999, p. 16),

“dotados de lucidez e criatividade, aparentemente originais, os gregos antigos proporcionaram ao pensamento ocidental o que já se provou ser uma fonte perene de discernimento, inspiração e renovação. Toda a Ciência Moderna, a Teologia Medieval e todo o Humanismo Clássico devem muito de suas raízes e sua evolução a eles. O pensamento grego foi fundamental para Copérnico, Kepler, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino quanto a Cícero e Petrarca.

5.3 Um breve olhar na filosofia grega

Nos primórdios da civilização grega as concepções de mundo e de vida eram atribuídas sobremaneira às formas arquetípicas, ou seja, toda a criação, modo, comportamento, postura de viver, de existir do ser humano, a concepção de cosmos e universo eram atribuídos às forças de deuses e mitos, repletas de histórias de deuses e heróis.

Conforme Bulfinch (1999), para os gregos seu país ocupava o centro da Terra (Gaia), e o centro deste país era o Monte Olimpo, na Tessália, que abrigava os deuses - Zeus (Júpiter), Cronos (Saturno), Eros, os Titãs e tantos outros. Para Tamas (1999), no século V a.C., os grandes trágicos gregos, Ésquilo, Sófocles e Eurípides empregavam os mitos antigos para explorar os mais profundos temas da condição humana.

Então, com o crescente humanismo visível nas tragédias gregas, pouco a pouco o desejo de sistematização e de clareza na visão de mundo grego começa a tomar novas formas. Os principais responsáveis por essa mudança radical, são três filósofos que viveram no século VI a.C., os quais se chamavam Tales de Mileto, Anaximandro e Anaxímenes. Conforme Tamas (1999), esses protótipos de cientistas aventaram a notável hipótese de existirem unidades e ordem racional subjacentes ao fluxo e na diversidade do mundo, assumindo a tarefa de descobrir um princípio fundamental simples ou “*arche*”, regendo a natureza e ao mesmo tempo compondo sua substância básica.

Assim, a partir dessas idéias revolucionárias concebidas por esses primeiros filósofos, os estudos filosóficos do século V a.C. voltam-se na aplicação a descobrir uma explicação natural para o cosmo e o todo, por meio da observação e do raciocínio.

Assim, o universo primitivo regido por divindades antropomórficas, passou a dar lugar a um mundo cuja fonte e substâncias seriam elementos naturais primordiais como a água, o ar, a

terra, ou o fogo. Então, conforme aumentava a inteligência autônoma do homem, enfraquecia o poder dos velhos deuses.

Essa revolução filosófica prosseguiu também na metade do século VI a.C. e foi enriquecida com os pensamentos de lógica dedutiva, concebidos por Parmênides de Eléia.

Este filósofo, do mundo grego ao sul da Itália, com suas idéias revolucionárias, veio contribuir de modo bastante significativo para o florescimento do pensamento grego, quando abordou o problema do que era legitimamente real, utilizando uma lógica racional puramente abstrata (TARNAS, 1999).

A sua principal obra está eternizada no poema *Sobre a Natureza*, nele expõe argumentos sobre a “natureza do ser” dividido em dois caminhos: Da verdade e Da opinião. O caminho da verdade mostra que o ser é, e o não-ser não é.

Segundo Reale e Antiseri (1990), no âmbito da filosofia da *physis* (natureza), Parmênides se apresenta como um inovador radical e, em certo sentido, como um pensador revolucionário. Efetivamente, com ele a cosmologia recebe como que um profundo e benéfico abalo do ponto de vista conceitual, transformando-se, pelo menos em parte, em uma **ontologia** (reflexão filosófica do ser enquanto ser).

Assim, o raciocínio de Parmênides desenvolvido no seu discurso, “**ser**” e “**não ser**” é tomado em seu significado integral e unívoco; o ser é o **positivo puro** e o não ser é o **negativo puro**, um é o absoluto contraditório do outro.

Este princípio enunciado por Parmênides tem sido apontado como a primeira grande formulação do princípio da não-contradição, isto é, daquele princípio que afirma a impossibilidade de que os contraditórios coexistam ao mesmo tempo. E os dois contraditórios supremos são precisamente o “ser” e o “não ser”: havendo o ser, é necessário que não haja o não ser (REALE; ANTISERI 1999).

Assim, para este filósofo pré-socrático, “ser” alguma coisa tomava impossível sua transformação em algo que não é, pois o que “não é” não pode ser dito de maneira alguma que exista. Ainda, para ele, o “que é” jamais pode ser ou desaparecer, já que uma coisa não pode vir do nada ou se transformar em nada, se o nada não pode existir de forma alguma,

Com isso, Parmênides quer afirmar que o objeto do nosso pensamento é o ser e que o não-ser não é pensável. Coerente com este postulado, passando das exigências do pensamento ao mundo da experiência, interpreta-o à luz das leis do pensamento e conclui que o nascer e o

perecer das coisas, ou seja, toda a forma de vir-a-ser, são puros nomes que exprimem as opiniões falazes dos homens.

Ele também argumentava que as coisas não podem ser como aparecem ser para os sentidos: o conhecido mundo da mutação, do movimento e da multiplicidade passa a ser simples opinião, pois a verdadeira realidade pela necessidade lógica é imutável e unitária (TARNAS, 1999).

Segundo Mondin (1981, p.31),

Parmênides foi ainda o primeiro a insistir na distinção entre razão e sentidos: os sentidos nos enganam, dando-nos a impressão de que as coisas são sujeitas ao vir-a-ser, ao passo que a razão nos revela o absurdo desta impressão. Parmênides de Eléia é considerado universalmente como o primeiro metafísico da História, porque foi o primeiro filósofo que procurou estabelecer a noção fundamental do ser.

Do exposto pode-se considerar a ontologia concebida por Parmênides como a raiz primitiva da “teoria do Ser enquanto Ser”, que é formulada posteriormente por Aristóteles. No século XX, a “questão do Ser”, é destacada e retomada por Heidegger (1889-1976) no seu famoso *Ser e Tempo* e mais recentemente, em 1988, Hans Jonas fundamenta a teoria da responsabilidade resgatando os princípios ontológicos de ser, no seu livro *O Princípio da Responsabilidade*. Razão esta, que ao estudarem os pensadores gregos o filósofo pré-socrático Parmênides se destacou tão fortemente entre os demais.

Enfim, retomado a civilização grega, entramos na época do chamado “iluminismo grego”, cujas atividades floresceram na metrópole grega, aglutinou diversas correntes de artes e do pensamento filosófico durante o século V a.C. este período, é um ponto de referência importante e de valor histórico inestimável, pois constituiu fonte preciosa do nascedouro de importantes filósofos do pensamento ocidental. Pretende-se a seguir abordar resumidamente algumas idéias filosóficas, especialmente, aquelas referentes “a visão das questões éticas”.

5.4 Princípios da arte de viver.

Para Spaemann (1996, p.9), o desafio que a reflexão ética impõe permaneceu praticamente a mesma desde o século V a.C. e segundo este filósofo alemão, o foco da ética antiga está centrada sobre o tema: *eudaimonia* (busca da felicidade), o sucesso da própria vida, aquilo que todos almejam, mas que a maioria não sabe ao certo o que seja. A ética antiga é a doutrina da arte de viver.

Assim, a ética em si tem uma longa história. Desde as origens da Grécia antiga, com seus escritos fundamentados em grandes filósofos, a ética vem sendo utilizada na prática para discernimento e/ou estabelecimento do bem e do mal. A ética, naquela época, tinha um critério “naturalista”.

Os filósofos da natureza são frequentemente chamados de pré-socráticos, pois viveram antes de Sócrates. Estes filósofos eram, sobretudo, pesquisadores naturais. Eles ocupavam, portanto, um lugar muito importante na história da ciência.

Surgem, nesta época, os *sofistas*, grupos de mestres versados em determinado assunto, e ganhavam a vida em Atenas, ensinando os cidadãos.

Segundo Gaarder (1995), os sofistas tinham um importante elemento em comum com os filósofos naturais: eles também viam com olhos críticos a mitologia tradicional. Porém, os sofistas simplesmente rejeitavam tudo o que consideravam especulação filosófica desnecessária e surge então o *ceticismo* filosófico.

Graças à presença sábia de Sócrates, um novo e resplandecente momento filosófico floresce na civilização grega, contrapondo-se às muitas idéias até então estabelecidas.

Conforme Osborne (1996, p.23), a Grécia clássica dá um giro de 360 graus com os pensamentos construídos por Sócrates (470-399 a C.). Sócrates deixa para trás as inquietudes científicas que orbitavam preferencialmente na Grécia e aborda o problema da ética. Preocupa-lhe principalmente a moral e o descobrimento do justo, do verdadeiro e do bom. Para este grande pensador, a filosofia não era uma profissão, como sucedia com os sofistas, senão uma maneira de viver.

Em Sócrates, mais do que qualquer grande pensador, encontra-se o esforço de ligar intrinsecamente o pensamento e a vida, um aspecto da ontologia do ser. O método socrático resume-se na frase do oráculo de Delfos; “Conhece-te a ti mesmo!”.

De acordo com Giles (1993, p..254)

[...] Sócrates volta-se para o homem, para as instituições e valores himianos mais fundamentais, para as ações e valores que ocupam lugar central na vida da cidade: a piedade, a impiedade; o belo, o feio; a sabedoria, a ignorância; a coragem. A covardia; a cidade, o cidadão, o governo dos homens e quem devem governá-los.

Sócrates argüia, questionava e dialogava com as pessoas pelas ruas e logradouros públicos de Atenas. A dialética socrática era realizada em praça pública, pois para ele o lugar

da filosofia não é um lugar fechado, mas, sim, o mercado, o ginásio, o fórum com os interlocutores guiados só pelo bom senso.

Segundo Osborne (1996), seu método de indagação era uma sucessão de perguntas e respostas - a dialética socrática. O objetivo da ironia e da dialética era deixar a descoberto as falsas pretensões do saber e chegar a conhecer a natureza do homem. Não duvidava da possibilidade de alcançar a verdade, mas acreditava que só era possível alcançá-la com duro trabalho.

O ideal da ciência socrática é a unidade do Bem e do Belo na harmonia da vida.

Para Reale e Antiseri (1990), Sócrates relacionava a ética com moralidade e o caráter pessoal quando perguntava: que tipo de pessoa alguém deve ser? Platão respondeu a pergunta ao afirmar que uma pessoa boa era aquela que, em sua mente, observava e era guiada pela “forma” do Bem. Esta era uma realidade divina e eterna somente vista imperfeitamente na existência humana de cada dia, porém revelada supremamente pelas contemplações serenas dos sábios. Assim surge Platão filósofo grego que teve o privilégio de conhecer e freqüentar as discussões promovidas por Sócrates.

Platão, discípulo de Sócrates, fundou a Academia local com aparatos científicos e uma biblioteca. Sua finalidade era adestrar a mente para permitir que os homens pensassem por si mesmos, à luz da razão. A fim de ilustrar a diferença entre as aparências e a realidade, Platão inventou sua célebre “Analogia da Caverna”. A grande pergunta de Platão era: que é conhecimento? Para ele, trata de uma interação entre o que percebe e o percebido, sob a guia de um sentido global, que é a alma ou mente. A alma é a que capta coisas como a identidade, a diferença, a existência e o número.

Segundo Mondin (1981, p. 73),

toda a filosofia de Platão tem uma orientação ética: ela ensina o homem a desprezar os prazeres, as riquezas e as honras, a renunciar aos bens do corpo e deste mundo e a praticar a virtude. Essas doutrinas são a consequência lógica de sua visão metafísica. A filosofia platônica da natureza e do homem provou de fato a existência de uma esfera inteligível e imaterial, a única pela qual vale a pena viver: no mundo sensível, a alma, prisioneira do corpo, é peregrina à procura de um bem superior que perdeu. Coerente com esta teoria ética, Platão demonstra no *Górgias* que mais compaixão merece quem comete a injustiça do que a sofista. Existem, com efeito, três tipos de males: os referentes às coisas possuídas, ao corpo e à alma. Obviamente os piores são os referentes às coisas que atingem a alma. Ora, a injustiça é justamente um desses males. Por isso, quem pratica a injustiça fez a si mesmo o maior mal do que o mal que inflige àqueles que a suportam, uma vez que este último, normalmente, é atingido apenas por um dos dois primeiros males.

Com a mesma argumentação Platão demonstra, na *República*, que é mais feliz o justo no meio dos sofrimentos do que o injusto num mar de delícias. Na *República*, Platão busca sua Cidade-Estado-Ideal.

Segundo Giles (1993), na *República*, Platão mostra que a reflexão filosófica é a condição para a instauração da sociedade justa. O estado justo é aquele que realiza a maior unidade possível, resultado que só se alcançará quando o governo estiver nas mãos do filósofo, daquele que já contemplou o Bem em si, e que não confunde com ele as coisas que dele participam; aquele que, depois de contemplar o Bem, reconheceu o dever que lhe compete de lavar os outros a compartilharem sua visão.

A teoria platônica segundo a qual a virtude se identifica com o conhecimento, e o Bem, com a Verdade, exercerá grande influência na filosofia grega posterior, especialmente em Aristóteles, nos estóicos e nos neoplatônicos, e encontrará consenso também entre autores cristãos, principalmente entre os gnósticos.

Ressaha-se que no final do século XX, o filósofo contemporâneo Hans Jonas, elabora sua Tese de Doutorado sobre a Gnose no Cristianismo Primitivo.

A seguir, desponta na História da filosofia, o discípulo de Platão Aristóteles.

Aristóteles, em Atenas, fundou uma escola que era uma universidade como a de Platão, mas diferente desta, por constituir-se num centro de investigação sistemática. Seus tratados filosóficos são, de fato, modelos de precisão, sistematicidade, profiindidade e clareza.

Para Mondin (1981, p. 82), “Aristóteles é o filósofo por antonomásia, não só porque elaborou um sistema que oferece uma explicação completa do mundo que nos cerca, como também porque nos deixou em seus tratados, um modelo incomparável da técnica de filosofar”.

Também é importante enfatizar que Aristóteles sustentou que o elemento básico de toda argumentação era o **Silogismo**.

De acordo com Durant (2000 p.79):

um silogismo é um trio de proposições das quais a terceira (a conclusão) segue-se da verdade admitida das outras duas (as premissas “maior” e “menor”). Por exemplo, o homem é um animal racional; mas Sócrates é homem; portanto, Sócrates é um animal racional. Assim, neste silogismo chega-se à conclusão cancelando das duas premissas o seu termo comum “homem” e combinando o que restar.

Salienta Mondin (1981, p. 83) que Aristóteles foi o primeiro a fazer um estudo sistemático dos conceitos (isto é, das idéias), procurando descobrir as propriedades que eles têm enquanto produzidos pela mente, como podem ser unidos e separados, divididos e definidos, e como é possível tirar conceitos novos de conceitos conhecidos anteriormente.

Para Aristóteles, a lógica era um instrumento que deveria perseguir com perfeição a busca do saber, e, todas as idéias podem ser reduzidas a dez grupos, chamados predicamentos ou categorias. As dez categorias são: substância, qualidade, quantidade, ação, paixão, relação, tempo, lugar, posição, hábito.

Então, as obra de Aristóteles sobre a lógica o levaram a analisar a estrutura da linguagem. Distinguiu o conhecimento dos significados das palavras e o dos juízos formulados com elas, estabelecendo dez categorias de palavras, acima citadas, segundo seu significado particular.

Matemáticos, como Euler e, mais tarde Boole, e Lewis Carroll perfeccionaram notavelmente o estudo da lógica, e filósofos, como Russel e Whitehead, desenvolveram línguas especiais, baseados na coerência lógica. (OSBORNE,1996).

Em relação aos aspectos éticos concebidos por Aristóteles, a felicidade consiste na plena realização das próprias capacidades. Partindo deste princípio, ele demonstra que a felicidade do homem não pode constituir nas riquezas, nem nas honrarias, nem nos prazeres, porque nenhuma dessas coisas representa a plena realização das capacidades humanas.

Assim, Aristóteles afirma que o meio para se conseguir a felicidade é através da *virtude*.

Mondin (1981, p. 101) destaca que “por virtude Aristóteles entende o hábito de escolher o justo meio”. Em outras palavras, a virtude é o hábito de praticar ações que estejam no meio entre dois excessos. Daí o dito: *7« medio stat virtus »* (a virtude está no meio)”.

Aristóteles não identifica a virtude com o saber, como fizera Platão. Este proficuo filósofo grego consegue dividir a virtude em dois grupos principais que ele chama de virtudes do intelecto ou dionoéticas e virtudes morais.

Para o presente estudo, importa enfatizar e conhecer as virtudes morais, pois entre elas encontra-se a *Prudência*. É de bom alvitre lembrar, que “o controle da emergência das bactérias-antibiótico-resistentes dependerá de novos comportamentos como o prudente uso de antibióticos” um pressuposto deste trabalho e/ou a adesão *á& Aliança para o Prudente Uso de Antibióticos (APUA)*.

Assim, de acordo com Mondin (1981, p. 102),

as virtudes morais mais importantes, formuladas por Aristóteles, são as quatro virtudes chamadas cardeais. A *prudência*, o caráter moral da ação. A *temperança* corrige o apetite concupiscível e a *fortaleza*, o apetite irascível. A *Justiça* rege o comportamento do homem em relação aos outros homens. Aristóteles, de modo geral, considera o exercício das virtudes morais como meio que facilita o exercício das virtudes especulativas. A essência da felicidade consiste na contemplação.

Reforçando, destaca-se este pensamento Spaemann (1996, p.37) “a ética antiga é a doutrina da arte de viver”.

5.5 Transição do pensamento filosófico

Depois do período áureo do mundo grego, outros momentos importantes vieram também contribuir para fortalecer ainda mais o desenvolvimento filosófico do conhecimento e das ciências.

A partir de Aristóteles começa uma transição do pensamento filosófico, o qual fatalmente perpassa por momentos diversos e até difíceis, conforme a evolução política, social, religiosa e cultural das subseqüentes épocas da história ocidental, tais como, a derrocada do Império Romano, o auge do Cristianismo, o obscurantismo da Idade Média, o Humanismo e, chega-se ao Renascimento.

Conforme Reale e Antiseri (1999), atualmente, entende-se por Renascimento a denominação historiográfica de todo o pensamento de todo o pensamento dos séculos XV e XVI. O Renascimento estimula principalmente, na Europa, a retomada do desenvolvimento científico, da arte e da pintura, ressurgimento dos estudos clássicos em literatura, arquitetura, filosofia e política, astronomia, anatomia humana, avanços tecnológicos, imprensa, metalúrgica, minérios, as grandes viagens e outras mais.

Assim, numa retrospectiva, pode-se dizer que o desenvolvimento das ciências, em seus diferentes ramos, deu-se a partir das ciências experimentais, aceitando-se como marco referencial do nascimento da experimentação científica, o Século XVII, com Galileu (Hossne e Vieira, 1999). Deve-se ressaltar também a importância para a **revolução científica**, de Copérnico, Galileu, Newton e a política delineada por Francis Bacon.

No início do século XVII, Descartes é um marco importante para a filosofia moderna, “Penso logo existo!” É o Racionalismo. Descartes é considerado o pai da filosofia moderna -

Discurso do Método. A seguir, surge o Empirismo Crítico, muito bem representado por John Locke (“só a experiência proporciona a mente suas idéias”).

No início do século XVIII, emerge na sociedade européia o **iluminismo**. Voltaire foi o pensador mais representativo da cultura iluminista e um dos mais tenazes defensores da tolerância. Embora não constituindo o único movimento cultural da época, o iluminismo foi a filosofia hegemônica na Europa do século XVIII. O iluminismo é uma filosofia otimista. É a filosofia da burguesia em ascensão: assim, é uma filosofia que se empenha e trabalha para o progresso (REALE; ANTISERI, 1990). Os pensamentos mais importantes do iluminismo gravitavam em torno do lema: ‘*Tem a coragem de servir-te de tua própria inteligência*’. O iluminismo é representado na França por muitos pensadores, dos quais citam-se Diderot e Rousseau (O *Contrato Social*). Na Inglaterra, entre muitos, destaca-se Thomas Brown {*concebeu as doutrinas da ética geral, como obrigação, sob a qual se encontra o homem, de aumentar e ampliar o mais largamente possível a felicidade de todo o ser vivo*). O iluminismo alemão tem como seu principal representante Christian Wolf (*a ontologia é a ciência do ser possível*) e entre outros se destaca também Lambert (*autor de ensaios sobre ética*)-, no iluminismo italiano, entre tantos, destaca-se Pedro Verri (“*o bem nasce do mal*”).

Meados do século XVIII têm o Empirismo Irracional de David Hume.

Segundo Osbome (1996), Hume foi o mais importante e influente dos empiristas ingleses, tanto por ter desenvolvido o empirismo até sua conclusão lógica, como por tê-lo destruído com ele. Para esses autores, o “empirismo humiano” alcançou a sua própria coluna de Hércules, ou seja, aqueles limites para além dos quais é impossível avançar. Resumidamente, pode-se dizer que as concepções filosóficas, criadas por Hume, eram despojadas de todos os conteúdos filosóficos que anteriormente foram concebidas por importantes pensadores, tais como, Hobbes, Locke, Berkeley e de quase todos os resíduos de pensamentos provenientes da tradição metafísica. Assim, para Reale e Antiseri (1990), o empirismo humiano acaba por esvaziar a própria filosofia dos seus conteúdos específicos e admitir a vitória da razão cética, da qual só pode se salvar a primigênia e irresistível força da natureza. Para Hume “a natureza se sobrepõe à razão. O homem-filósofo deve ceder ao homem-natureza”.

Contudo, naquela época, as idéias concebidas por Hume alcançaram vertiginosamente um diferente caminho filosófico pelo conjunto de idéias que formulou sobre a ciência da natureza humana. De acordo com Osbome (1996), Hume tinha como objetivos, estabelecer

“de que objetos podem ou não se ocupar nosso entendimento” e uma ciência do homem que introduza o método experimental de argumentações nos temas morais.

O Tratado sobre a Natureza Humana é a obra-prima de Hume, que foi publicada na Inglaterra, em 1740, em dois volumes. Para Hume, a “ciência da natureza humana é ainda mais importante do que a física e as outras ciências, pelo fato de que todas essas ciências dependem de algum modo da natureza do homem” (REALE; ANTISERI, 1990, p.558).

Outro argumento sustentado por Hume consiste na distinção dos objetos presentes na mente humana (impressões e idéias) estabelecidas em dois gêneros que são: “relações de idéias” e “dados de fato”.

A resposta de Hume a esta problemática é a seguinte: “todos os raciocínios que dizem respeito à realidade dos fatos parecem fundados na relação de causa e efeito. É graças a essa relação que nós podemos ultrapassar a evidência da nossa memória e dos sentidos. (REALE; ANTISERI, 1990, p. 565)”.

Este raciocínio, desenvolvido por Hume, é de suma importância, pois o mesmo não só contém a essência filosófica deste filósofo escocês, como também, mais tarde veio influenciar e contribuir para a formação da filosofia de Kant. Entretanto, ressalta-se que Hume e Kant elaboraram soluções notavelmente distintas sobre a questão do significado e do valor da relação de causa e efeito.

O raciocínio humiano, desenvolvido ao longo do *Tratado sobre a Natureza Humana*, é também fundamentado sobre um tema que muito interessava Hume, a moral. O ponto mais característico da filosofia moral de Hume é a tese segundo a qual “a razão não pode nunca se contrapor à paixão na condução da vontade”. Hume negava que, como tal, a razão pudesse mover a vontade, ou seja, que a razão possa ser fundamento da vida moral. Assim, conclui Hume: “é impossível que a distinção entre bem e mal moral possa ser estabelecida pela razão, posto que essa distinção tem sobre nossas ações uma influência da qual a razão é inteiramente incapaz”. A resposta humiana é o fundamento da moral é o sentimento. Para este filósofo, o sentimento que serve de fundamento para a moral é um sentimento particular de prazer e dor (REALE; ANTISERI, 1990).

Então, para Hume, estava claro que a moralidade, no sentido de que ela dependia dos sentimentos das pessoas decentes, era essencialmente uma questão de emoção. Sua concepção filosófica fica registrada no método psicanalítico.

Êstes predicados de prazer e dor inerentes à moral, concebida por Huroft são importantes, mas, para este estudo, não nos interessa aprofundá-los.

Entretanto, para subsidiar questões da bioética em relação à problemática do tema básico deste trabalho, é mister que se invoque a ética humiana.

Conforme Reale e Antiseri (1990, p.575),

nas Investigações sobre os princípios da moral, para explicar a ética, Hume recorreu também a dimensão *utilitarista*. Mas o “útil” de que se feia no campo da ética não é “o nosso útil particular”, mas sim o útil que, além de nós, estende-se “também aos outros”, ou seja, o útil público, que é “o útil à felicidade de todos”. Assim, escreve Hume: “desse modo, se a utilidade é uma fonte do sentimento moral e se não considerarmos sempre essa utilidade em referência ao singular, segue-se, então, que *tudo o que contribui para a felicidade da sociedade* granjeia diretamente a nossa aprovação e a nossa boa vontade”. Eis um princípio que, em boa medida, explica a origem da moralidade.

Esta *dimensão utilitarista*, formulada por Hume, em que o útil ultrapassa o individualismo “do eu” para que “o nós”, na amplitude do somar, estenda-se “também aos outros”, o útil público, “a comunidade visando à felicidade de todos”, encaixa-se muito bem ao princípio bioético da beneficência, em relação às questões inerentes do impacto da resistência bacteriana, o uso indiscriminado do antibiótico e o controle da infecção hospitalar. Mais tarde, esta ética utilitarista de Hume é reforçada e implementada por Stuart Mill e Jeremy Bentham.

Retomado, então, ao final do século XVIII, surge a filosofia transcendental, que representa um momento da reviravolta “crítica” do pensamento ocidental. O expoente desta nova corrente filosófica é Kant.

Posteriormente, na Era Moderna, a política e a economia emanciparam-se e autonomizaram-se do corpo de uma doutrina do bem-viver. Essa autonomização teve por consequência uma transformação radical na compreensão das questões éticas, uma transformação que durante a Antigüidade, encontra sua expressão no estoicismo e, na Era Moderna, em Kant.

A seguir se descreve alguns pensamentos filosóficos de Kant, de Peter Singer e de Hans Jonas.

5.6 Uma visão da ética de Kant a Hans Jonas.

**Dormindo, sonhei que a vida era beleza, despertei e vi que a vida era um dever.
(KANT, 1785).**

Immanuel Kant, filósofo alemão, foi o pensador mais significativo da época moderna. Ele nasceu no dia 22 de abril de 1724, na pequena cidade de Königsberg, Prússia. Kant era filho de um humilde artesão que manuseava artigos de couro. Seus pais eram judeus que mais tarde se converteram ao protestantismo. Seus estudos iniciaram no Colégio Fridericianum e posteriormente frequentou a Universidade de Königsberg, nesta última tomou-se professor catedrático e mais tarde também foi preceptor de filhos de famílias ricas. Kant não casou nem teve filhos. Faleceu, com 74 anos, no dia 12 de fevereiro de 1804, sem jamais ter saído da sua cidade natal. Era um homem de baixa estatura, físico frágil e extremamente metódico.

Segundo Chauí (1999, p.5), outros acontecimentos relatados a cerca da vida de Kant, estão as impressões causadas pela leitura de obras de Hume (1711-1776), a admiração incontida pelo pensamento de *Rousseau* (1712-1778), a timidez ao proferir a primeira aula, são todos episódios com um único denominador comum: um cérebro que passou a vida investigando o universo espiritual do homem, à procura de seus fundamentos últimos, necessários e universais.

Estudioso e obstinado Kant, submete *o universo espiritual* ao crivo da análise crítica, complexo e constituído de elementos variados e contraditórios. De acordo com Chauí (1999, p.5), esses elementos podem ser sintetizados em torno de duas grandes questões, a partir das quais se desdobram inúmeras outras. A primeira dessas questões diz respeito ao conhecimento, suas possibilidades, seus limites, suas esferas de aplicação. A segunda grande questão que sintetiza o universo das idéias ao tempo de Kant é problema da ação humana, ou seja, o problema moral. Para Kant, tratava-se de saber não o que o homem conhece ou pode conhecer a respeito do mundo e da realidade última, mas do que deve fazer, de como agir em relação aos seus semelhantes, de como proceder para obter a felicidade ou alcançar o bem supremo.

Embora, Kant nunca tenha saído de Königsberg, sempre teve plena consciência dos problemas sociais e políticos da época e tomou partido favorável à Revolução Francesa, na qual via não apenas um processo de transformação econômica, social e política, mas, sobretudo um problema moral.

Conforme Chauí (1999, p. 6), a essas duas grandes questões aliaram-se no espírito de Kant os problemas da apreciação estética e das formas de pensamento da biologia, cujas peculiaridades em relação ao problema do conhecimento e ao problema da moral articulou numa visão sistemática das funções e dos produtos da razão humana.

Kant escreveu um número significativo de ensaios e livros. Suas obras mais famosas e estudadas até hoje são aquelas que todas as questões filosóficas compareceram diante de um tribunal, especialmente formados para julgar a razão: a crítica.

O problema do conhecimento é examinado na *Crítica da Razão Pura* (1781); a *Crítica da Razão Prática* (1788) analisa o problema moral; e a *Crítica da Faculdade de Julgar* (1790) estuda a beleza natural e artística e o pensamento biológico Chauí (1999 p.7).

Reforça-se que Kant, no início de sua formação filosófica, entre outras obras, leu a filosofia “empírica” de David Hume. O *Tratado sobre a Natureza Humana* de Hume, teve um impacto decisivo sobre seus pensamentos filosóficos. Assim, Kant se deu conta de que tinha sentido combinar empirismo e racionalismo (Leibniz, Wolff). Então, o próprio Kant declara que a leitura da obra de Hume o despertara do “sono dogmático”, resíduo oriundo de seu longo estudo na escola racionalista alemã de Wolff, o sistematizador acadêmico de Leibniz.

Assim, em 1781, publica a obra *Crítica da Razão Pura*, onde formula concepções filosóficas novas e revolucionárias, sob a perspectiva da chamada “Filosofia Nova”.

Kant se inquietava com as muitas questões que fervilhavam nesta segunda metade do século XVIII. Conforme Tamas (1999), Kant se perguntava; quem estava certo - Hume ou Newton? Se Newton houvesse obtido o conhecimento seguro e, mesmo assim, Hume demonstrasse a impossibilidade de tal conhecimento, como Newton o obtivera? Como seria possível o conhecimento seguro num universo fenomênico? Essa era a idéia central da *Crítica da Razão Pura* de Kant, sua solução satisfaria as reivindicações de Hume e de Newton, de ceticismo e ciência - e, com isso, resolveria a dicotomia fundamental da epistemologia moderna entre empirismo e racionalismo.

Kant em anos subseqüentes desenvolve mais duas outras grandes *Críticas*; a *Crítica da Razão Prática* (1788); e a *Crítica do Juízo* (1790). Seus escritos são notáveis pelo modo sistemáticos em que refutam toda a pretensão de saber qual é a verdade ou onde ela reside. “Se dizemos não há Deus, não há menor contradição em tal juízo” (Want e Klimowski, 1996).

A revolucionária estrutura do pensamento kantiano demole abruptamente as crenças tradicionais de sua época. Todo importante filósofo posterior a Immanuel Kant tem uma

profunda dívida com as idéias formuladas por este proeminente pensador da época moderna, por delimitar a razão humana como objeto apropriado da investigação filosófica. Contudo, seu inflexível e sistemático formalismo fizeram dele uma figura controversa na história da filosofia, que ele ajudou a modelar.

Conforme Want e Klimowski (1990), a filosofia de Kant cria um sentido de afirmação nova e profunda. Afirma os limites do conhecimento humano e as possibilidades criativas que derivam do reconhecimento de seus limites. Em lugar da superstição e do dogma, Kant adota a falibilidade humana e reconhece que essas qualidades são fontes de prazer. Tal perspectiva excede o desejo de ordem e progresso do modernismo e coloca o pensamento kantiano na agitação do pósmodernismo.

A filosofia de Kant reconhece a natureza dialética e os limites da metafísica. Ele propõe que (os conceitos de) Deus ou o homem não podem pensar-se (é dizer, representar-se), muito menos se demonstrar, mas, Kant persiste com o problema da incapacidade de demonstrar a existência absoluta na *Crítica da Razão Pura*. A consequência disto é a reorganização que Kant faz da tradicional dualidade metafísica entre o âmbito transcendental e o corpóreo em uma dualidade entre *númenos* e *fenômenos*.

Os númenos são a natureza das “coisas em si mesmas”. E, conforme Reale e Antiseri (1990), para Kant, “o conceito de númeno, isto é, de uma coisa que deve ser pensado não como objeto dos sentidos, mas como coisas em si (e unicamente pelo intelecto puro), não são em absoluto contraditórias, já que não se pode afirmar que a sensibilidade seja o único modo possível de intuição”.

Segundo Want e Klimowski (1996), para Kant, os fenômenos ou “as coisas como aparecem” à percepção, estabelecem o âmbito de possibilidade para fazer juízos relativos à necessidade de delimitar os númenos. Assim, na *Crítica da Razão Pura*, Kant define a filosofia como “a ciência da relação de todo conhecimento com os fins essenciais da razão humana”, ou como “o amor que o ser razoável sente pelos fins supremos da razão humana”.

Destaca-se que, embora os pensamentos filosóficos de Hume e Kant tenham profundas semelhanças, suas teorias abordam aspectos bem distintos; o primeiro segue o caminho do **método “psicanalítico”**, enquanto o último, o caminho do **método “transcendental”** (juízos sintéticos “a priori”). A formulação da doutrina Transcendental do Conhecimento Científico, atribuída à Kant, está descrita na sua mais famosa obra: *Crítica da Razão Pura* (GRACIA, 1989).

Frente ao dogmatismo da velha Metafísica, Kant propõe o “criticismo” da nova epistemologia. A teoria kantiana do conhecimento se caracteriza por ser transcendental, e Kant insistiu várias vezes que transcendental para ele era sinônimo de “*apriori*”.

Conforme Gracia (1989), para Kant, todos os nossos conhecimentos começam com a experiência e define como conhecimento “a priori” todo aquele que seja independente da experiência e de toda impressão sensível, a diferença do conhecimento “a posteriori” ou empírico, que surge da experiência. Agora é um feito comprovado que o conhecimento humano tem juízos que se caracterizam por serem universais e necessários por tanto juízos puros “*apriori*”.

Sete anos depois da publicação de seus estudos contidos na *Crítica da Razão Pura*, Kant, desperta a sociedade com outro livro intitulado *Crítica da Razão Prática*. Nesta obra, a **Ética de Kant** surge com objetivos da **nova Crítica**.

Assim, segundo Reale e Antiseri (1990), para Kant a razão humana não é somente “*razão teórica*”, ou seja, capaz de conhecer, mas também é “*razão prática*”, ou seja, razão capaz de “*determinar também a vontade e a ação moral*”.

Preconizado pela ética de Kant, o rigorismo do “*dever ser*” é uma marca fortemente introduzida no pensamento ocidental, que tem assim suas raízes fincadas nos pensamentos deste conhecido filósofo alemão.

Talvez a educação rigorosa que Kant recebeu, tanto em sua casa como na escola, tenham contribuído para moldar o seu caráter de “rigor” moral/ético cunhado no princípio “*o dever ser*”.

Conforme Reale e Antiseri (1990), para Kant, não basta que uma ação seja feita segundo a lei, ou seja, *em conformidade* com a lei. Nesse caso, a ação poderia ser simplesmente “legal” (feita *em conformidade* com a lei), mas não “moral”. Para ser moral, a vontade que está na base da ação deve ser determinada “imediatamente” só pela lei, isto é, não apenas “através da mediação de sentimento, qualquer que seja a sua espécie”.

Na sua ética, Kant só reconhece direito de cidadania a um único sentimento: **o sentimento do respeito**. Evidentemente, o respeito se refere sempre e *só as pessoas, nunca às coisas*. As coisas inanimadas e os animais podem suscitar amor, medo, terror etc., nunca “respeito”.

Para Reale e Antiseri (1990), tudo isso explica melhor as características da lei moral como “*üfever*”. A medida que exclui a influência de todas as inclinações sobre a vontade, a lei moral expressa uma “coerção prática” das inclinações, a sua submissão (e, portanto, respeito) e, por consequência, se manifesta como “obrigatoriedade”. Em um ser perfeito, a lei moral é a lei de “santidade”; em um ser finito, é *“dever”*.

Assim, Kant, ao colocar o *“dever acima de tudo”*, ele cria regras rígidas da Deontologia profissional. A ética deontológica continua sendo importante até hoje, principalmente no exercício da prática de qualquer profissional, seja ele liberal ou não. Mas, com os progressos acelerados da tecnociência estes valores estão sendo reavaliados e estudados mais amplamente. Então, conforme Kant, o fundamento da moral é o dever ser. O dever moral deve ser imperativo absoluto categórico.

Deste pensamento originou a Deontologia médica (como também da enfermagem, odontologia, farmácia-bioquímica e outras profissões). O “paternalismo médico” se origina exatamente da Deontologia ou Formalismo que é o princípio do próprio dever, o dever “como princípio” (BOBBIO, 1996).

Como diz Segre (1999), a Deontologia, cabendo a conceituação para o exercício profissional dentro de qualquer uma das prestações de serviço de saúde, será uma questão de *“dever ser” e não de “ser”*.

Somente, em 1834, o termo “deontologia” ou “ciência do dever” foi cunhado pelo filósofo inglês Jeremy Bentham, quando tomou sinônimas a ética ou o conhecimento científico sobre a moralidade e a ciência do que é necessário ser feito.

De acordo com Gracia (1989), Kant dizia: “que os produtos do entendimento não são intuições e sim conceitos. Entender não é intuir senão conceber. Juízos sintéticos”, *a priori*”, são os próprios do conhecimento em geral e, portanto, “o da ciência”, mas não o da Metafísica, esta não é trabalho do entendimento e sim da razão. *“Trabalhar de forma que possas querer que o que fazes seja lei universal da natureza”* ou dizer *“É o dever pelo dever”*.

De acordo com Chauí (1999, p. 14), na parte final da Crítica da Razão Prática, Kant afirma que a razão não é constituída apenas por uma dimensão teórica, que busca conhecer (e ultrapassa os limites do conhecimento), mas também por uma dimensão prática que determina seu objeto mediante a ação. Para esse filósofo, a faculdade prática e a atividade moral opõem-se a toda determinação sensível. Kant então afirma que o elemento sensível demonstra que

todos os princípios práticos que pressupõe um objeto ou matéria do querer são empíricos. Salienta-se que nesta mesma obra concebida por Kant a **liberdade** é investigada como a razão de ser da vida moral. Kant demonstra que a lei moral provém de idéias de liberdade e que, portanto, a razão pura é por si mesma prática, no sentido de que a idéia racional de liberdade determina por si mesma a vida moral com isso demonstra sua própria realidade.

Para o presente trabalho interessa destacar a *Crítica da Razão Prática* uma vez que é desta obra que deriva o Imperativo Categórico de Kant; **“Age de tal maneira que o motivo que te levou a agir possa ser convertido em lei universal”**. Isto porque, pretende-se, mais adiante, confrontar o Imperativo Categórico de Kant preconizado no século **XVIn**, com os Imperativos Categóricos Ecológico de Hans Jonas, que foi conceituado no final do século XX.

Prosseguindo, ainda, na linha de pensamento crítico de Kant, Bobbio (1996), ressalta que a ética, baseada na vontade pura, é **autônoma** e, por esta razão, não parte da bondade ou da maldade das coisas empíricas, sim, da “lei moral” que autolegisla a razão, é dizer do dever.

Em filosofia, autonomia é um termo introduzido por Kant para designar a independência da vontade de todo o desejo, ou propósito de desejo e a sua capacidade de determinar-se conforme uma lei própria que é imperativo categórico da razão.

No contexto do pensamento ocidental dois filósofos mostraram o moderno entendimento do valor da autonomia: Kant, um *deontologista* e o outro é Stuart Mill, um *utilitarista* (COHEN; MARCOLINO, 1999).

Entretanto, os principais representantes da *Teoria Utilitarista Clássica* são Jeremiah Bentham, e Stuart Mill que foram contemporâneos e viveram no século **XLX**.

Bentham é o fundador do utilitarismo, cujo princípio fundamental *“é a máxima felicidade possível para o maior número possível de pessoas”*.

Segundo Reale e Antiseri (1990), Stuart Mill foi um dos mais destacados teóricos do utilitarismo moderno. Seu pensamento constituiu etapa fundamental na história da lógica. [...]. A idéia central do utilitarismo proposto por Mill seria a doutrina que aceita como fundamento da moral a utilidade ou o princípio da máxima felicidade sustenta que as ações são justas enquanto tendem a promover felicidade e injustas quando tendem a produzir o contrário da felicidade. Por felicidade de entende prazer e ausência de penas. Até aí Mill está de acordo com Bentham. Mas, diferentemente de Bentham afirma; que se deve levar em conta não só quantidade de prazer, mas também a qualidade”

Resumidamente, a abordagem utilitária apoia-se na premissa de que a coisa certa a fazer é criar o maior bem-estar para o maior número de pessoas. Portanto, ela se foca não nas ações e na sua concordância com o nosso conceito de dever, mas nas conseqüências daquelas ações. Este sistema gera uma obrigação de dar o melhor para aumentar a felicidade e diminuir o sofrimento de modo a *assegurar benefício geral*.

A problemática do uso indiscriminado de antibióticos possui, sem dúvida, uma abordagem utilitarista que ultrapassa o conceito do dever, e se fixa nas conseqüências daquela ação.

Finalmente, nesta caminhada na busca do Marco teórico Portanto é relevante discorrer, ainda e principalmente, acerca dois filósofos contemporâneos, no caso Peter Singer (Ética Prática) e Hans Jonas (Ética da Responsabilidade) e, por último, abordar os fundamentos da bioética.

Assim no final do século XX, surge, na Austrália, um filósofo inovador chamado Peter Singer, que no seu recente e polêmico livro denominado de *Ética Prática*, consegue reunir num pensamento único, os pensamentos de Hume e Kant, de Mill e Bentham.

Contudo, Singer busca fundamentar os princípios da *Ética Prática* na teoria conseqüencialista, mas, o “*conseqüencialismo singeriano*” apresenta duas mudanças significativas. Primeiro, adota dois níveis distintos de raciocínio moral: o nível intuitivo (do dia-a-dia), e o nível mais reflexivo-crítico. Segundo usa a combinação das versões “total” e da “*existência anterior*” do utilitarismo. Então Singer (1998, p.4) aplica o “primeiro aos seres *sencientes*, ou seja, que não têm consciência de si mesmos e o segundo, àqueles que as têm”.

Conforme Singer (1998, p. 11), o *utilitarismo* é a mais conhecida das teorias conseqüencialista, ainda que não seja a última. O utilitarista clássico considera uma ação correta, desde que comparada a uma ação alternativa ela produza um aumento igual, ou maior, da felicidade de todos os que são por elas atingidos e errados, desde que não consiga fazê-lo.

Desde os tempos antigos, comenta Singer (1998, p. 18-19), os filósofos e moralistas vêm expressando a idéia de que a conduta ética é aceitável de um ponto de vista que é, de certa forma, universal. Para ele, até filósofos como o existencialista Jean Paul Sartre e o teórico crítico Jügen Habermas, que diferem entre si concordam que, num certo sentido, a *ética é universal*. Continua mais adiante dizendo: “a ética se fundamenta num ponto de vista universal, o que não significa que um juízo ético deva ser universalmente aplicável. As

circunstâncias alteram as coisas. Significa, isto sim, que ao emitirmos juízos éticos, extrapolemos as nossas preferências e aversões”.

Conforme esse filósofo australiano, “a ética exige que extrapolemos o “eu” e o “você” e cheguemos à lei universal, ao *juízo universalizável*, ao ponto de vista do espectador imparcial, ao observador ideal ou qualquer outro que lhe dermos”. Segundo ele, a ética deve pautar-se em princípios universais, porque ela deve ser oponível “*erga omne*” logo, a ética deve ser universal porque não somos um, somos todos no todo do universo.

Singer, com sua idéia consequencialista inovadora, parece querer *maximizar os princípios éticos e bioéticos à ética universal*.

Pois para Singer (1998, p.9),

O tema do seu livro é a ética prática, ou seja, a aplicação da *ética ou moralidade* (usarei indiferentemente essas duas palavras) à abordagem de questões práticas, como o tratamento dispensado às minorias étnicas, a igualdade para as mulheres, o uso de animais em pesquisas e a fabricação de alimentos, a preservação do meio ambiente, o aborto, a eutanásia e experiência com embriões, e a obrigação que têm os ricos de ajudar os pobres.

Esta nova maneira de querer interpretar as ações da vida humana como um todo, impulsionado geralmente pela ótica da ética e da moral, que envolve os assuntos até aqui abordados, vem chamando a atenção não só dos cientistas, mas também dos demais cidadãos que compõem nossa sociedade.

Assim, a questão ética se entrelaça nestes tempos da modernidade com a inovação biológica e da medicina. Uma revolução técnica-científica que tem gerado controvérsias, principalmente, no tocante aos problemas morais.

Neste caso, destaca-se que também existem questões de bioética ou de ética prática importantes envolvidas na problemática do uso indiscriminado dos antibióticos e o surgimento de bactérias resistentes no mundo inteiro.

Ainda sobre as questões éticas que permeiam as diferentes nuances das pesquisas científicas, destaca-se um pensamento de Vieira (1999, p. 18), doutora em Direito privado (*Droit Privé*) pela Université de Paris, que assim se expressa sobre este assunto; “percebemos que a ciência está caminhando mais rápido que a reflexão ética por parte da sociedade. A humanidade ainda não encontrou respostas para as diversas questões éticas. Muitas requerem a discussão e a elaboração de leis sobre bioética para legitimar a sua prática ou proibir

experiências julgadas abusivas. No entanto, com o progresso veloz das pesquisas biológicas, corre-se o risco de já estarem defasadas no momento de sua promulgação”.

Por outro lado, a percepção da sociedade frente às ameaças que vêm emergindo em torno da aplicabilidade destes “bens” científicos, tem causado acirrada discussão ética não só entre os filósofos, mas também entre notáveis pesquisadores e estudiosos de outras áreas da ciência. Incluem-se antropólogos, juristas, advogados, sociólogos, físicos, políticos, economistas, médicos, biólogos e ecologistas, entre outros. É um desafio a ser enfrentado pela sociedade, emergentemente globalizada, sob pena de ter que arcar com as futuras seqüelas de muitos experimentos elitistas e/ou desumanos.(ZANCANARO, 2000, p.310).

Segundo Assim, no final do século XX surge um apelo para os debates em torno da ética de fronteira. Os temas da ética de fronteira estão ligados às tecnologias de ponta, à biotecnologia, prontas a desencadear processos cujas conseqüências desconhecemos e que podem trazer riscos para a vida humana e extra-humanas em curto e longo prazo. Então, no final da década de 70, nos Estados Unidos desponta no âmbito da filosofia, Hans Jonas que absorvendo as angústias de nossos tempos, conclama a humanidade a refletir sobre a necessidade de se adotar, urgentemente, uma nova ética, que ele chama de Ética da Responsabilidade.

É precisamente em 1979, que Hans Jonas desponta nos meios científicos, com seus estudos filosóficos fundamentados no seu livro *Princípios da Ética da Responsabilidade: de uma ética para a civilização tecnológica*. A partir desta obra o nome Hans Jonas se fez famoso no mundo inteiro.

Para Jonas (1995, p. 15), o avanço desenfi-eado da tecnologia moderna está pedindo uma nova ética que evite mediante freios voluntários que seu poder leve aos homens ao desastre. Para ele, a promessa da técnica moderna se converteu em uma ameaça, ou que a ameaça está indissolavelmente associada à promessa.

Zancanaro (2000, p.310), apoiado no pensamento de Jonas, descreve “que as promessas da ciência colocaram a ética em crise, trazendo à tona novos objetos de reflexão além da perspectiva do agir próximo e do futuro como eternidade, mas como ética da responsabilidade à medida que estão incluídos também os direitos; das gerações futuras”.

De acordo com Jonas (1995, p.9), “ a ética da responsabilidade, é uma ética atual que cuida do futuro, que pretende proteger nosso descendente das conseqüências de nossas ações presentes”.

O ponto crucial do estudo de Jonas está fundamentado na teoria da responsabilidade, pelo qual procura resgatar, principalmente, “*os princípios ontológicos do ser*”.

Hans Jonas, corajosamente vai buscar na “essência do ser” ou na “teoria do ser” o fundamento teórico para responder a algumas questões éticas, tão urgentes em nossa sociedade.

As diferentes ações/práticas da tecnociência estão exigindo por parte da sociedade uma nova postura ética, como diz Hans Jonas; uma ética da responsabilidade.

As questões éticas, em relação *ao uso indiscriminado de antibióticos e a ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar: conhecimento e prática de profissionais de saúde*, traz no seu âmago o “fenômeno do mutável”, assim também perpassa pelo “princípio ontológico do ser” que fundamenta a teoria da responsabilidade, de Hans Jonas. Este problema relaciona-se diretamente com a inter-relação microorganismo/homem/meio ambiente e o surgimento de bactérias multiresistentes em hospitais e comunidades. Problema este que vem interferido com a qualidade de vida desta geração e projeta-se mais adiante, num Quadro aterrorizante, que é prejudicar ainda mais as gerações futuras. O princípio da Responsabilidade é abrangente, não se restringe somente a atos “imediatos”, individuais e privados. Ela vai mais longe e questiona as ações praticadas no presente pelo indivíduo e/ou pela coletividade que terão repercussão no futuro. É um debate que emerge em tomo das mais recentes descobertas científicas, especialmente, aquelas que provocam mudanças radicais no agir, além de sérios riscos e ameaças à vida, e a biotecnologia, com possibilidades de transformações aleatórias do homem e da natureza.

De acordo com Schramm (2000, p.11),

nos últimos tempos, alguns autores entre eles se destaca Hans Jonas, propuseram outros princípios para a bioética. Por exemplo, O Princípio da Responsabilidade, relativo às a^s que dizem respeito ao meio ambiente, à utilização de biotecnologia, às gerações futuras e aos animais não humanos. Neste caso, não conta somente o conflito de interesses entre pessoas presentes, visto que aqueles que provavelmente virão, mas não estão ainda, também devem ser levados em consideração.

Desde a descoberta dos antibióticos e ao longo destes 50 anos, o uso excessivo e indiscriminado de antibióticos no meio hospitalar e comunitário tem provocado o surgimento crescente de amostras de bactérias multiresistentes. Atualmente, o paciente que adquire infecção hospitalar, por bactérias resistentes a maioria dos antibióticos disponíveis no mercado, morre! A contenção deste tipo de infecção está intrinsecamente vinculada a sua prevenção e controle. Se agora e nos próximos anos, os profissionais de saúde não adotarem

atitudes para frear tal situação, o futuro da vida de nossos descendentes estará em perigo de extinção, ou poderá não haver mais no comércio antibióticos eficazes para combater doenças infecciosas causadas por bactérias resistentes. Tudo isso, vai colocar em perigo as condições da continuidade indefinida da humanidade.

O uso indiscriminado de antibióticos, envolvem questões de bioética, principalmente daqueles profissionais de saúde que direta ou indiretamente estão envolvidos neste processo. Logo, esta problemática evoca o imperativo incondicional do Princípio da Responsabilidade que é; “não ponham em perigo as condições da continuidade indefinida da humanidade” (JONAS, 1995, p. 40).

A seguir, apresenta-se um **Diagrama da Evolução da Ética-Bioética**, que esquematiza os principais passos da busca do Marco Teórico descrito neste estudo.

“Age de tal modo que os efeitos de tua ação não sejam destrutivos às condições de vida das gerações futuras”

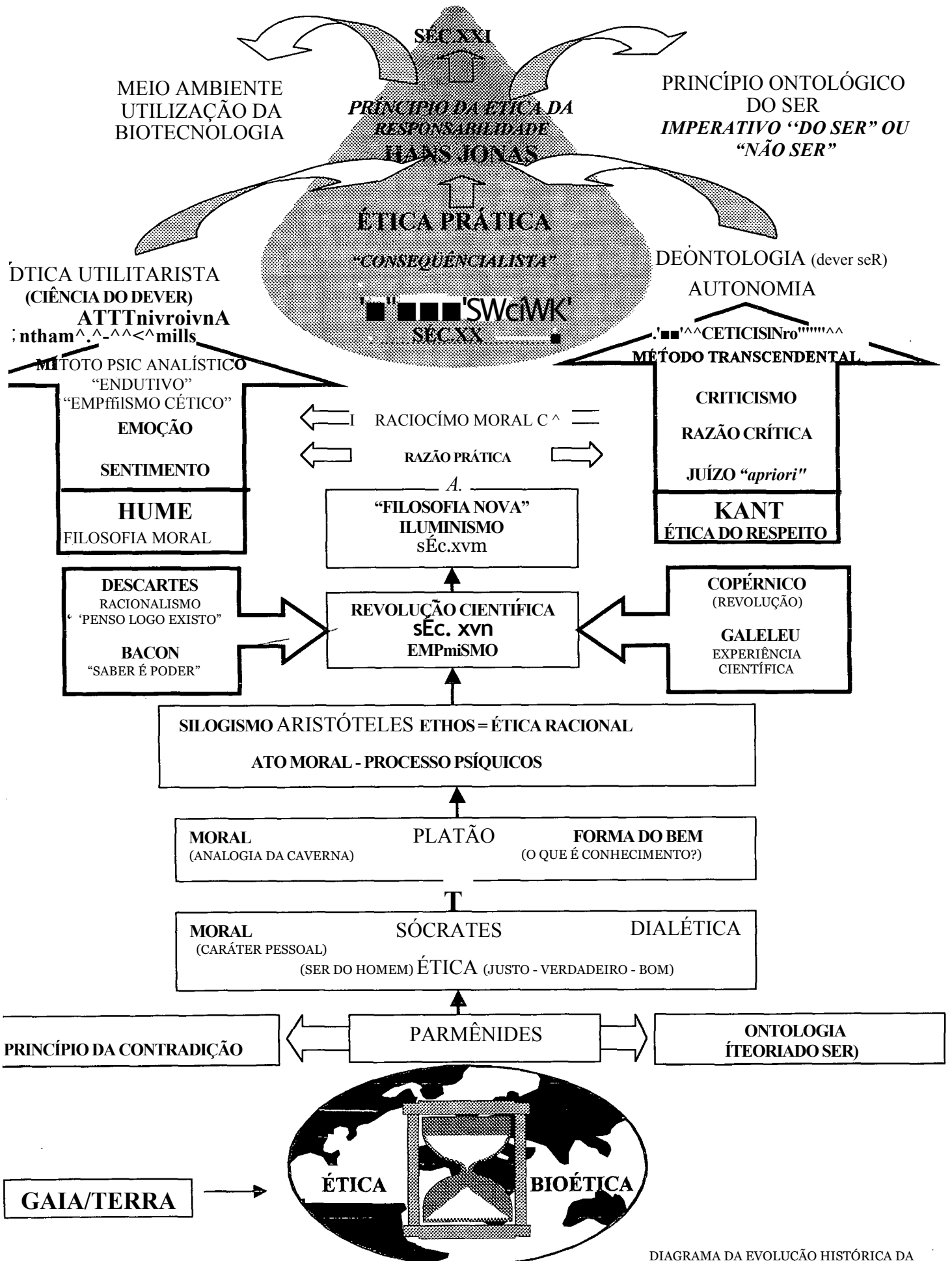


DIAGRAMA DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ÉTICA-BIOÉTICA

6 FUNDAMENTOS DA BIOÉTICA

A humanidade caminha para o desastre. É necessário encontrar um meio de fazê-la parar este caminho e tomar outra direção. (PECCEI, 1981).

6.1 Breve histórico do nascimento da bioética

O termo bioética surgiu pela primeira vez para designar os problemas éticos surgidos com os espetaculares avanços tecnológicos que apareceram nestas últimas décadas no seio das ciências biológicas e médicas. Então começou a alastrar-se a idéia de que as novas tecnologias biológicas e médicas podiam comprometer gravemente a qualidade de vida, e assim a permanência da própria vida sobre o planeta (GRACIA, 1991, p.25).

Mais que uma disciplina, diz Canabarro (1997, p. 15), “a bioética é um território, um terreno de confronto de saberes sobre problemas surgidos do progresso das ciências biomédicas, das ciências da vida, em geral das ciências humanas (contracepção, aborto, DNA-recombinante, eutanásia, transplante de órgãos, uso de psicofármacos, drogas, contaminação e degradação da biosfera, problemas de justiça social, responsabilidade para com as gerações futuras)”.

Como bem retrata Gracia (1989), a ciência é hoje, por sua vez, a grande ameaça e a grande esperança da vida humana.

Sob o mesmo prisma Boff (1999, p. 17) manifesta-se dizendo:

mais que o fim do mundo estamos assistindo ao fim de um tipo de mundo. Enfrentamos uma crise civilizacional generalizada. Precisamos de um novo paradigma que funde uma relação mais benfazeja para com a terra e inaugure um

novo pacto social entre os povos no sentido de respeito e de preservação de tudo o que existe e vive. Só a partir desta mutação faz sentido pensarmos em alternativas que representem uma nova esperança.

Nos Estados Unidos e na Europa, durante a década de 60, surgiu, entre os especialistas e estudiosos da ética e da moral, uma crescente preocupação em tomo da urgente necessidade de se adequar às questões éticas ao progresso-veloz-evolutivo da ciência e da tecnologia. Nasce, assim, o que se denomina Ética Aplicada, a qual é constituída de três disciplinas: a ética ambiental, a ética dos negócios e a bioética.

Foi, em 1971, que o oncologista americano, Van Rensselaer Potter, ao publicar o seu livro intitulado; Bioética: a ponte para o futuro (Bioethics: bridge to the future), usou pela primeira vez de forma convincente o termo BIOÉTICA, expressão essa que passa a ser reconhecida internacionalmente.

Na verdade, a conotação de bioética concebida por Potter tem um sentido bastante diferenciado com que hoje se dá a bioética. Para ele, a bioética, como disciplina, teria o objetivo de ajudar a humanidade no sentido de participação racional, porém cautelosa, no processo da evolução biológico-cultural, um modo de pensar uma bioética-moral-pedagógica.

Informa Barreto (1999, p. 5 8) que quem passou a usar a palavra em sentido mais amplo, relacionado-a com a ética da medicina e das ciências biológicas, foi Hellegers, fisiologista holandês e fundador do The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics.

Entre 1971 e 1978, nos Estados Unidos Warren T. Reich lidera uma força tarefa, com um número expressivo de diversos estudiosos internacionais (285) que juntos editaram a *Enciclopédia de Bioética*.

De acordo com Segre e Cohen (1998), a bioética é um termo, recente, criado para caracterizar o enfoque de assuntos vinculados à vida (e, conseqüentemente, à morte) e à saúde humana. Mas, para Berlinguer (1999), recente é a palavra bioética, tendo seus temas, entretanto uma longa história: fato demonstrado, por exemplo, pela experimentação em seres humanos, a qual, renovando seus métodos, vem ocorrendo há séculos.

A palavra bioética deriva da raiz grega {*bio-ethos*). Em que *bio* está a significar a vida, no “senso lato”, e como já foi comentado, anteriormente, *ethos* é aqui usado no sentido de *ética*, ou seja, ética da vida.

Porém, como destaca Gracia (1998, p. 9),

quando Van Rensselaer Potter decidiu criar o neologismo “bioética”, o fez unindo as duas raízes gregas, *bios*, para designar o grande progresso operado nas últimas décadas no âmbito das chamadas ciências da vida. Ecologia, Biologia, Medicina e *éthos* como a raiz mais adequada para designar a ciência do respeito dos valores implicados nos conflitos da vida.

Então, segundo as palavras de Potter (1975, p.2297),

a bioética foi projetada como uma nova disciplina que combinaria o conhecimento dos sistemas de valores humanos. [...] Escolhi bio - para representar o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas viventes, e escolhi ética para representar o conhecimento dos sistemas de valores.

Assim a bioética começa a tomar corpo e se infiltra de modo definitiva nos meios acadêmicos e na sociedade como um todo.

Sinaliza-se que, em 1974, o Congresso norte-americano constituiu a “Comissão norte-americana para proteção da pessoa humana na pesquisa biomédica e comportamental”. Seu principal objetivo era levar a cabo uma completa investigação e estudo, a fim de identificar os princípios éticos básicos que deveriam dirigir a investigação com seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina. Deste estudo surge o conhecido Relatório Belmont. Nele a comissão considerou oportuno estabelecer umas recomendações sobre o modo como se podia enfocar e resolver os conflitos éticos surgidos pelas ciências biomédicas. Então, o Informe Belmont estabelece três princípios éticos que foram os do Respeito pelas pessoas, Beneficência e Justiça

O Informe Belmont, segundo Gracia (1991, p.33),

tinha um ponto fraco, ele só se preocupou com as questões éticas ocasionadas por experimentos com seres humanos. Assim, ele deixava fora de seu horizonte todo o amplo campo da prática clínica e assistência! e, paralelamente, outras questões pungentes relacionadas à tecnologia moderna. Seria possível aplicar com êxito a este o sistema dos princípios e libertá-la assim do velho enfoque próprio de códigos e juramentos?

Diante desta falha, o Informe Belmont perde sua força e abre espaço para a criação de novos parâmetros da bioética.

Então, logo em seguida, em 1979, dois filósofos americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram o conhecido livro “Principles of Biomedical Ethics”. Nesta obra memorável, os Autores propõem pela primeira vez o sistema de quatro princípios que são: Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça. A maior novidade contida nestes princípios é a distinção tangente entre Não-maleficência e Beneficência. A razão que alegam

OS autores em seu favor é que todos nós consideramos mais obrigados a não fazer o mal a outros que a fazer o bem.

Contudo, toma-se necessário enfatizar que estes princípios, nos dez anos que se seguiram ao seu enunciado e até hoje, têm gerado muita discussão/critica a respeito dos mesmos. Porém, eles são até hoje o leme da bioética.

Faz-se necessário esclarecer que não compete a este estudo analisar as opiniões divergentes e/ou os pontos de vistas conflitantes, em relação aos quatro princípios concebidos por Beauchamp e Childres.

De acordo com Gracia (1998), pelo pluralismo moral da sociedade e que abarca a bioética, estes quatro princípios são facilmente aceitos por todos os membros de uma comunidade plural e civilizada e podem considerar-se, por isso, como deveres *prima facie*.

O que significa a expressão *latinaprma faciel* Como explica Bellino (1997, p.201),

os princípios gerais da bioética são princípios penúltimos ou, paia usar a expressão de Ross, *prima facie*, são válidos geralmente, de maneira relativa, a fim de que cada um destes venha a colidir com um dos outros e nos obrigue a escolher qual entre eles prioritariamente deve satisfazer.

Todos os problema de valores, relacionados à bioética, giram em tomo desses princípios. Eles são algo assim como núcleos de confluência de todo o universo desses quatro princípios. Ou seja, todas as questões de valor se podem reduzir a esses quatro princípios. A linguagem dos valores pode ser ordenada em tomo dessas quatro palavras: Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça (GRACIA, 1998).

Seguindo esta linha de pensamento, Gracia (1998), com muita perspicácia, faz a seguinte analogia; algo parecido acontece no plano da biologia molecular, em que toda a informação da herança genética, na sua grande diversidade, se pode codificar em tomo de quatro letras, representadas pela Adenina (A), Guanina (G), Timina (T) e Citosina (C). Estas quatro substâncias compreendem os nucleotídeos, que formam o DNA, são suficientes para dar conta da síntese de milhares de moléculas protéicas distintas. Então, Gracia (1998, p.33) faz o seguinte comentário:

pois bem, o mesmo caberia dizer no mundo dos valores. Os direitos humanos, que também são valores, são muitos, vinte ou mais de vinte. Mas todos eles se podem codificar na linguagem dos quatro princípios. Daí, o êxito que essa linguagem tem tido, e daí também que se haja convertido no ponto de referência de todas as discussões bioéticas sobre questões de valor. Assim, os que os atacam têm que começar confrontado-se com eles. Hoje, são um ponto de referência inevitável.

Enfatiza-se que a bioética nasce como um debate plural, de uma sociedade moderna, cujas práticas da tecnologia avançada penetram nos espaços sociais mais remotos e mais pungentes. Os graves problemas como a exclusão social, a pobreza, os desastres ecológicos, a clonagem de animais, a produção de armas biológicas, o manter artificialmente a vida, o aborto e a eutanásia são atitudes do cotidiano da sociedade contemporânea. Questões estas, “*a priori*” de abordagem da bioética.

Assim, em virtude do crescimento desenfreado dos avanços e das inovações científicas e tecnológicas, que ocorreram a partir da metade do Século XX, em consequência das fortes transformações que o mundo passou nas duas últimas grandes guerras mundiais e das profundas seqüelas por elas provocadas, surgiu a necessidade de se estabelecer novas coordenadas morais, para fazer frente às descobertas que emergiram de forma desenfreada no cotidiano das pessoas. Tudo isso parece anunciar, hoje, um retomo da filosofia ética: desenvolvimento de novas correntes de pensamento, renascimento do debate crítico-reflexivo e multiplicidade das discussões. Sim, a ética “está na moda”, diz Russ (1999 p.5), e a demanda de moral parece crescer indefinidamente. Cada dia, um novo setor da vida se abre à questão do dever.

A bioética declara Bellino (1997, p.71), está produzindo uma expansão na consciência histórica e uma explicitação dos princípios morais e dos valores fundamentais. Considere-se o valor da vida, que se estendeu da vida humana:na pessoal à animal, vegetal, cósmica, até o respeito dos objetos e dos bens culturais, tornado a ética cada vez mais biocêntrica, em sintonia também com a nova visão da natureza, não mais reduzida a *res extensa*, mas entendida como um processo dinâmico e criativo, do qual o homem é sujeito e objeto ao mesmo tempo.

Como se percebe, a bioética exprime uma situação histórica. Nasce sobre a influência do ambientalismo e do movimento ecológico do fim dos anos sessenta como um novo campo de reflexão e de análise em torno do problema ético, sobretudo da evolução da biologia e da medicina (MILANO, 1997).

A bioética, por sua vez, faz parte do campo mais amplo das éticas aplicadas enquanto âmbito da moralidade da prática médica e das tecnociência biomédicas (SCHRAMM, 2000).

Hoje, o viver pode até significar estar preso a “máquinas” ou “aparelhos” ultramodernos instalados em hospitais, estar dependente de fármacos e outros. Assim, para Schramm (2000),

viver a qualquer custo passa a ser um sofrimento sem limites e, para muitos, sem sentido. Neste caso, é claro que definir a bioética como mera "ética da vida" é insuficiente.

De acordo com Fortes (1994), os avanços tecnológicos também se refletem consideravelmente no campo das ciências médicas e biológicas e traz em si enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza, obrigando a profunda reflexão bioética em razão das consequências dos indivíduos e da sociedade.

Até que ponto um problema pode ser proveitosamente discutido em termos filosóficos é algo que depende do tipo de problema que temos diante de nós. Em grande parte, algumas questões são polêmicas por haver fatos sobre os quais não se chegou a um consenso. Por exemplo; saber se a liberação de novos organismos criados pelo uso do DNA recombinante deve ser permitida é algo que parece depender, basicamente, da possibilidade, ou não, desses organismos apresentarem um sério risco ao meio ambiente (SINGER, 1998).

Estas críticas e alertas têm fomentado diversos estudos, trabalhos, pesquisas (Peccei (1981; Durant, 1995; Bellino, 1997; Gracia, 1998; Russ, 1999; Berlinguer, 1999; Boff, 2000, Schramm, 2000) e encontros científicos de todas as áreas das ciências. Atualmente, a bioética é um ponto central de muitas discussões científicas).

Segundo Gracia (1989), neste final de século e no limiar do século XXI, os homens têm conseguido modos distintos de pôr em perigo nossa própria pervivência. Unidos a superlotação do globo terrestre, as cruéis desigualdades econômicas, o esgotamento da matéria primas, a degradação da atmosfera, dos solos, das águas, dos ecossistemas vegetal e animal, etc., o que se encontra ameaçada é, em última instância, a própria vida. Por isso, a proteção e a defesa da vida sobre o nosso planeta tem-se convertido hoje em um imperativo ético que deve reger as atuações tanto do científico como do político. Está aí o efeito estufa para não desmenti-lo!

Conforme Peccei (1981), a humanidade caminha para o desastre. É necessário encontrar um meio de fazê-la parar este caminho e tomar outra direção. Este também é um alerta que vem, desde 1979, sendo anunciado pelo filósofo Hans Jonas na sua concepção da ética da responsabilidade voltada para o futuro.

A verdade é que a bioética, iniciada no seu primitivo terreno da biomedicina, descobriu em pouco tempo outros campos sempre mais amplos, que aos poucos foi se infiltrando em diversas áreas da ciência, despertando o interesse de novas disciplinas e aos poucos foi ocupando novos espaços ecológicos e socioculturais.

Sgreccia (2000, p. 11), fazendo uma reflexão sobre a expansão progressiva do campo epistemológico da bioética, ocorrida principalmente nos últimos anos, comenta este neologismo, empregado por Potter no contexto “Bioética ponte para o futuro”, contém no seu âmago o sentido de: “unindo a razão de ser à necessidade de formular uma nova ética que fosse capaz de garantir a sobrevivência da humanidade, por meio de um diálogo estreito entre as ciências biomédicas e as ciências humanas”. Este autor enfatiza também que não muito distante desta perspectiva, permeada por uma hipótese catastrófica, é a visão de Hans Jonas, que também parte da urgência de assumir uma ética do futuro para salvaguarda da humanidade”..

Escreve Dausset (1996, p. 145) que:

a emergência da bioética, além de grande atualidade, é um acontecimento de extrema importância na consciência do homem. Ela advém, de fato, da extraordinária ruptura conceitual e tecnológica realizada recentemente graças aos progressos fantásticos da biologia e da genética”. Contudo, ele ressalta que, “em relação a estas descobertas, hoje, é necessário uma tomada de consciência rápida e por toda sociedade para prevenir os possíveis riscos de ter que corrigir os empregos danosos, e isto porque as aplicações das descobertas são rápidas.

Este pensamento de Dausset se encaixa perfeitamente no contexto do uso indiscriminado de antibióticos e do fenômeno da emergência da resistência bacteriana associada à problemática da infecção hospitalar. Temos aí um problema real que necessita ser urgentemente corrigido. Há necessidade de fomentar uma rápida tomada de consciência responsável (voltada ao futuro), por todos os profissionais de saúde e pela sociedade local, nacional e internacional, no sentido de prevenir e frear os riscos destas ações que poderão colocar em risco a vida humana presente e prejudicar a sobrevivência das gerações futuras.

6.2 Conceitos de bioética

Escreve Gracia (1996, p. 19) “que a bioética se constituiu em um grande espaço de debate racional, plural e crítico dos problemas morais surgidos em torno da vida, ao presente e futuro da vida, ou entorno ao corpo, já que a vida e o corpo são realidades indissolúvelmente unidas”.

Então, nestes quase trinta anos após o surgimento do termo bioética, múltiplos foram os conceitos criados para defini-la no mundo todo. Porém, até hoje, não se chegou a um consenso, pois as definições existentes são parciais ou muito generalizadas.

Portanto, vejamos algumas opiniões sobre o que é Bioética.

Bellino (1997, p.21) cita o conceito da *Encyclopedia of Bioethics* onde bioética é “o estudo sistemático do comportamento humano na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, quando se examina esse comportamento à luz dos valores e dos princípios morais”.

Para Durant (1995), em primeiro lugar, pode-se ver a bioética como parte da ética, a parte que é relativa aos problemas colocados pelo progresso das ciências biomédicas, problemas novos ou novas considerações de antigos problemas.

Para Segre (1999), bioética é a parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana e, portanto, à saúde.

Conforme Garrafa (1998, p.28), “a bioética se caracteriza por uma análise processual dos conflitos a partir de uma ética minimalista que permite a mediação e a solução pacífica das diferenças. Para bioética, a essência é a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade”.

Bioética é o estudo de problemas éticos, provindos da inter-relação entre as descobertas médico-biológicas, os avanços da tecnologia, em ambos, e os direitos e deveres tanto do paciente como do pessoal biomédico (GILES, 1993).

Pessini e Barchifontaine (1991) definem bioética como sendo o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais, ou seja, os autores copiam a definição da enciclopédia supra citada.

Para Gracia (1989, p. 11), não é exagerado dizer que a bioética constitui um novo rosto da ética científica. A ciência hoje, por sua vez, tomou-se a grande ameaça e a grande esperança da vida humana.

Bioética é a combinação de conhecimentos biológicos e valores humanos (BYK; MÉMETEAU, 1996).

Segundo Berlinguer (1996), a bioética tomou-se o campo mais dinâmico do renascimento da ética e um dos setores mais sugestivos para reflexão filosófica.

Já, de acordo com Schramm (2000), a bioética é a “ética da qualidade de vida”. Ressalta-se que esta é uma definição simples, entretanto, ela contém a essência do amplo significado da bioética.

Em relação aos conceitos acima mencionados, destacam-se os de Bellino, Garrafa e Schramm. Estes apresentam uma proposta diferenciada dos demais e conseguem direcionar a reflexão das questões relacionadas ao progresso da ciência-médica de uma maneira direta, simples e clara. Assim, as questões da bioética intrínsecas e extrinsecamente relacionadas ao comportamento humano (referente à vida e o cuidado da saúde), com o avanço tecnológico, devem ser conduzidas e examinadas à luz de valores e princípios morais/éticos, em que a *liberdade* é a *essência* da bioética, porém usando-a sempre com compromisso e responsabilidade. Afmal, a bioética resume-se na ética da responsabilidade e da qualidade de vida.

Assim, hoje vive-se um momento ímpar e muito importante para o despertar da razão humana. Os problemas aí estão a rondar a humanidade. Porém, é necessário que exista uma maior conscientização da importância da ajuda mútua, do cuidado consigo mesmo, com o próximo e, principalmente, com as gerações futuras. Então, deve-se buscar na prática do seu próprio agir os fundamentos básicos da ética da responsabilidade, da solidariedade, do cuidado e da amizade para tentar transformar o desencanto no encantamento da esperança do poder viver com qualidade de vida.

Segundo o pensamento de Apel apud Russ (1999, p. 7), “a ciência e a técnica conduzem à unificação mundializada, bem como a uma acentuada necessidade de responsabilidade”.

Concorda-se com Dubos (1972, p.27) quando este disse

a razão mais óbvia de desencanto é a compreensão de que a prosperidade e o conforto não asseguram a saúde e a felicidade. De fato, o progresso material tem muitas vezes conseqüências que prejudicam a qualidade de vida. A poluição ambiental, a perda da individualidade pessoal e o aumento da arregimentação social são apenas alguns dos aspectos inquietantes da vida moderna que se originam da tecnologia ou, no mínimo, da sua má aplicação.

Infelizmente, a má utilização dos antimicrobianos e o seu uso indiscriminado vêm causando uma pressão constante no meio hospitalar, selecionando amostras bacterianas resistentes a estas drogas. Uma das conseqüências diretas desta resistência é a ocorrência de infecção hospitalar por bactérias-antibiótico-resistentes, podendo levar o paciente a óbito. Isto é, sem dúvida, um problema bioético que deve ser analisado, profundamente, sob a ótica da ética da responsabilidade de Hans Jonas.

6.3 Os Princípios da bioética

A problemática da infecção hospitalar pode ser discutida sob as perspectivas dos quatro princípios básicos da bioética, os da Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça.

Contudo, como veremos mais adiante, os aspectos bioéticos referentes ao uso indiscriminado de antibióticos e a resistência bacteriana e também as infecções hospitalares serão enfocadas sob a ótica da ética da responsabilidade de Hans Jonas.

De acordo com Cortina (1996, p. 55), “o bem interno da saúde, por o que cobra o seu sentido e legitimidade social, é o bem do paciente, entendendo-se este bem como prevenção e controle da saúde, tratamento ou cuidado”.

Assim, os princípios éticos específicos, da bioética, vão sendo pouco a pouco reconhecidos universalmente, e tais princípios são os já célebres: princípio de Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça.

Para Barreto (1999), o princípio da Autonomia estabelece a ligação com o valor mais abrangente da dignidade da pessoa humana, representando a afirmação moral de que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. Para Gracia (1998, p.21), “o respeito a autonomia é uma máxima perfeitamente coerente, mas não uma regra ou norma, já que os atos contra a autonomia serão ou ações maleficientes (quando a lesionam) ou não-beneficente (quando não a promovem)”.

O princípio da Beneficência deita suas raízes no reconhecimento do valor moral do outro, considerando-se que maximizar o bem do outro supõe diminuir o mal ou, a obrigação de esmerar os possíveis benefícios e minimizar os possíveis riscos.

O princípio hipocrático de Não-maleficência *{primum non nocere - em primeiro lugar não causar dano}* diz que nenhuma ação pode causar dano às pessoa, neste estudo em pauta, os pacientes.

O princípio de Justiça ou da equidade estabelece, por fim, que a norma reguladora deve procurar corrigir, tendo em vista o corpo-objeto do agente moral, a determinação estrita do texto legal. Já, para Cortina (1996, p.56), “o princípio da Justiça tenta responder a pergunta: quem deve receber os benefícios da investigação e sofri-er as conseqüências?”.

Adverte Schramm (2000, p. 10)

que atualmente existem diferentes tendências em bioética: a tendência principialista, que coincide com a ética médica tradicional; a abordagem utilitarista, que defende a melhor qualidade de vida para o maior número de pessoas; o princípio da responsabilidade; a da teoria das virtudes; a casuística e a do cuidado. Segundo ele, a bioética diz, hoje, que a moral tem que se adaptar mais aos contextos culturais e históricos existentes.

6.4 Princípios bioéticos na problemática da infecção hospitalar

Diante de determinadas práticas assistenciais do profissional de saúde, podem-se evocar os princípios gerais de bioética, Beauchamp e Childres, que permitam nortear a análise ética de um problema de medicina.

Como foi comentado anteriormente, Santos (1996, p. 58), diz que a problemática da infecção hospitalar pode ser abordada sob o ponto de vista dos quatro princípios da bioética que são os da Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça, conforme descrição abaixo:

Conforme Saad (1995), pelo princípio da Autonomia, deve ser respeitada a autodeterminação das pessoas. Entende-se por autodeterminação o direito de agir de acordo com os próprios julgamentos e as próprias convicções. Assim, neste contexto, o paciente, ao se internar, assume alguns compromissos com a instituição hospitalar e deve, portanto, respeitá-los. Entretanto, baseado no princípio de autonomia e da autodeterminação, o paciente tem o direito de ser adequadamente esclarecido e orientado acerca dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (uso de antibióticos) aos quais será submetido, bem quanto aos riscos e vantagens dos mesmos e dar seu consentimento ou não. Este diálogo entre médico-paciente e/ou enfermeiro-paciente (e demais profissionais de saúde) deve ser num linguajar simples e acessível ao nível de conhecimento do paciente, para que haja, assim, um melhor entendimento. O objetivo deste diálogo deve ser a busca da beneficência, mas respeitando-se sobretudo a autodeterminação. Este princípio de autonomia é inerente também aos médicos, pois eles possuem o direito de prescrever condutas médicas e de orientar as medidas do tratamento ou dos procedimentos diagnóstico. Cabe aos enfermeiros supervisionar, executar, observar, praticar a maioria destes procedimentos. Logo, médicos e enfermeiros, imbuídos de responsabilidade, devem estar conscientes de que acima dos seus próprios interesses está a beneficência e a não-maleficência do doente, da família e da comunidade, os quais representam o objeto de seu trabalho.

Os cuidados e as medidas assistenciais, adotadas por um hospital, devem ter, como preocupação primeira, o benefício do paciente, da família e comunidade para que, no mínimo, não cause dano aos mesmos. Para Saad (1995),

a beneficência não pode ser entendida apenas com desejo paternalista de fazer o bem. Eticamente, a beneficência pressupõe análise crítica das ações, ou omissões, cotejando riscos ou custos e os benefícios. Em outras palavras, o princípio da beneficência exige sempre reflexão crítica cotejando todos os aspectos e não, simplesmente, um sentimento de procurar fazer o bem. Ao sentimento, ao desejo e, mais do que isto, à obrigação de se procurar o bem do paciente e da coletividade deve-se associar a responsabilidade da reflexão crítica sobre as atitudes que venham a ser tomadas.

“O uso da Não-maleficência de Hipócrates”, *primum non nocere*”, é imprescindível na infecção hospitalar. A infecção hospitalar apresenta um caráter de não-maleficência, quando o paciente ao se internar para se submeter a um determinado tipo de tratamento ou procedimento diagnóstico, adquire uma infecção, que por vezes poderá ser de alta morbidade e levá-lo ao óbito. A doença é sempre indesejável, logo, a infecção hospitalar é um prejuízo ao paciente e na maioria das vezes para o poder público. Considera-se uma infecção hospitalar inevitável, quando, entre outros fatores, se usou de maneira rigorosa e adequada todos os cuidados necessários para o seu controle e prevenção, e se estas medidas foram tomadas em tempo hábil. Mesmo assim, é conveniente ressaltar que o paciente foi vítima de uma ação que lhe trouxe prejuízo. A situação torna-se evidentemente insustentável e antiética quando esta infecção ocorre em consequência de negligência e/ou imprudências, seja por ação ou omissão, dos profissionais de saúde, da CCIH ou da própria instituição hospitalar. Estas falhas ou omissões poderão estar relacionadas a vários fatores entre os quais citamos; a não lavagem das mãos, técnica de esterilização inadequada, quebra da cadeia asséptica, seja no ato cirúrgico, curativos, colocação do cateter vesical, técnicas invasivas e no uso indiscriminado de antibióticos.

O princípio da Justiça dentro da Bioética se faz fortemente presente nas mais variadas nuances da infecção hospitalar. Inicialmente ressalta-se a injustiça que o paciente sofre, quando ao se internar, na ansia de procurar um diagnóstico, cura ou alívio para sua doença, contrai uma infecção hospitalar. Esta situação injusta triplica em média o tempo de sua internação, podendo agravar seu quadro clínico e, conseqüentemente, poderá levá-lo à morte. Isto não é justo, independentemente da culpa ou prejuízo. Esta infecção adquirida no hospital torna-se, assim, um ato culposo, principalmente se ela poderia ser evitável (um terço da infecção hospitalar é evitável). Esta situação torna-se mais grave, se a infecção hospitalar for

transmitida para outros pacientes (surto epidêmico), para profissionais de saúde, familiares e outros.

Saad (1995) enfatiza que uma lavagem inadequada das mãos, uma norma administrativa incorreta, uma antibioticoterapia mal indicada, uma medida não tomada pela CCIH . têm profundas implicações, sobretudo éticas, para o paciente e para a coletividade”.

Gracia(1998, p. 13)

chama atenção para a mudança ocorrida, nas últimas décadas, na relação entre profissionais de saúde e seus pacientes. Ele destaca que em nenhuma outra época se estabeleceu tantos e tão complexos problemas morais dos médicos e nunca como agora se tem requerido uma adequada formação ética dos profissionais de saúde. As razões destas mudanças são principalmente aquelas relacionadas a maior autonomia e capacidade de decisão do paciente, as profundas transformações tecnológicas da prática médica e o modo como os poderes públicos, em particular o estado, tem planejado e gerenciado a política de saúde.

Hoje, a prática assistencial do profissional de saúde requer além do conhecimento teórico/prático, para fundamentar a excelência do cuidado, realizar aquela prática à luz da ética da responsabilidade para respaldar o agir adequado visando à qualidade de vida dos pacientes.

A relação paternalista que predominava até pouco tempo, no meio médico, mudou a partir da década de 70 como consequência dos movimentos oriundos da bioética.

De acordo com Gracia, (1998, p. 14),

com a elaboração do primeiro código de direitos dos pacientes e com a tomada de consciência explícita dos mesmos de sua condição adulta e, portanto de sua capacidade de tomar decisões sobre o próprio corpo, atualmente, o médico e os demais profissionais de saúde não podem tomar decisões pelos pacientes, nem estabelecer com eles relações do tipo vertical e paternalista.

Hoje, o profissional de saúde necessita estar bem informado e atualizado, pois os novos avanços tecnológicos introduzidos intensamente nas clínicas e hospitais muitas vezes têm imposto limites no princípio de beneficência.

Fazer todo o possível em favor do cuidado do paciente tem sido a função primordial de todo profissional de saúde. Porém, modernas tecnologias, aplicadas na clínica médica e/ou cirúrgica, têm colocado em dúvida ser o resultado benéfico para o paciente ou não.

Para Diego Gracia (1998, p. 15), “hoje, é frequente que os acidentes de circulação deixem os pacientes em situação de “morte cerebral”. É necessário ter ligado o respirador até

que o coração lhe falhe? É preciso reanimar a estes pacientes em caso de parada cardíaca? Tudo isso é tecnicamente possível, mas cabe perguntar se é eticamente correto”.

Ressalta-se que a nova e moderna tecnologia, introduzida na área da saúde, tem gerado múltiplos conflitos os quais têm drasticamente mudado a antiga relação entre profissionais de saúde, pacientes e coletividade. Diante dos complexos problemas éticos e legais que enfrentam as ciências da vida e do cuidado da saúde emerge a necessidade de se utilizar os princípios ou os argumentos da bioética no intuito de melhor conduzir o agir dos profissionais de saúde.

Gracia (1996, p. 19) declara “que a bioética tem a intenção de analisar racionalmente os deveres que como indivíduos e como membros da comunidade humana temos para conosco mesmos e para com todos os demais”.

Acredita-se que a bioética é um caminho de conscientização do dever ou obrigação com o cuidado da vida humana frente aos desafios da tecnologia moderna.

Sabe-se que a bioética, nestes trinta anos, tem evoluído conforme os paradigmas que surgem em nossa sociedade, pois a qualidade de vida de todos os cidadãos depende de cada momento histórico-cultural-científico-político-social que permeia o mundo em que vivemos. Analisar questões éticas exige uma compressão profunda do mundo que nos rodeia. É importante lembrar o que afirma Capra (1996) “o todo é mais do que a soma de suas partes”.

Gracia (1996, p. 26) comenta

se a bioética tem algo de peculiar deve-se a sua flexibilidade de movimento e a enorme pluralidade de abordagens que tem permitido em seu senso. Só assim se explica que podem coexistir metodologias diversas, como o princípalismo, a casuística, o contextualismo, a ética do cuidado, a ética da virtude, a hermenêutica, o comunitarismo, os credos religiosos muitos distintos e, também, culturas diversificadas.

Assim, neste contexto da pluralidade da bioética, a mesma alberga diversificadas vertentes éticas contemporâneas como a ética das virtudes, a ética do cuidado, a ética da esperança, a ética da solidariedade, a ética da responsabilidade:

Assim, pela natureza do conteúdo que fundamenta este estudo, elegemos a **Ética da Responsabilidade** como o **Marco Teórico** deste trabalho, por considerá-la a mais apropriada, a mais próxima das motivações, e da consciência da vida cotidiana. A **Ética da Responsabilidade**, voltada para o futuro, de Hans Jonas, como ele mesmo diz, é uma ética

atual que cuida do futuro, que pretende proteger nosso descendente das consequências de nossas ações presentes.

Mas afinal quem é Hans Jonas?

6. 5 O princípio da responsabilidade de Hans Jonas

6.5.1 O caminho filosófico de Hans Jonas

Para melhor conhecer os passos que construíram a trajetória de vida filosófica/intelectual/espiritual de Hans Jonas e compreender suas vicissitudes, consultaram-se diferentes obras de diversos autores. Mas, o que melhor se adequou a este estudo foram precisamente as informações contidas na *Introdução* do próprio livro de Hans Jonas, *O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*, escritas pelo professor de ciências humanas/filosóficas, o italiano André Sánchez Pascual.

Assim sendo, ressalta-se que a maioria das informações contidas neste capítulo se baseia principalmente nas opiniões expressadas por este filósofo italiano da Universidade de Barcelona, Espanha e complementados por demais autores como Morin (1996), Bourg (1996), Bellino (1997), Siqueira (2000) e Zancanaro (2000).

Hans Jonas faleceu em 5 de fevereiro de 1993, com a idade de 90 anos, na cidade de Nova York. Sua integridade física/ intelectual o acompanhou até o leito da morte.

Sua trajetória de vida foi constituída por episódios cruéis e tristes, especialmente, os momentos vivenciados como soldado judeu na frente dos campos de batalha da II Guerra Mundial. Porém, teve também momentos profícuos, felizes e memoráveis como aqueles compartilhados, na infância, com seus familiares e, na juventude, com seus inesquecíveis mestres e amigos Martin Heidegger, Rudolf Butmann e Husserl. Seu caminho filosófico, ao longo da vida, foi permeado por diversos trabalhos científicos/filosóficos e a publicação de quatro livros.

Hans Jonas gostava de enfatizar, entre amigos ou durante suas aulas magnas e em eventos científicos, que sua experiência de vida foi profundamente marcada por três momentos distintos os quais moldaram fortemente não só seu desenvolvimento intelectual e filosófico como também sua formação espiritual e ética.

Hans Jonas nasceu em 1903 em Mönchengladbach, na Alemanha. Era de família judia, circunstância esta que teve graves conseqüências na sua trajetória de vida. Tinha muito orgulho de seu pai. Quando se referia a ele, emocionado dizia: “Meu pai, que era o mais velho de nove irmãos, com a morte de seu pai teve que assumir prematuramente o posto de chefe de família, atitude muito comum entre as famílias judias, antes de ter terminado o bacharelado. Teve que trabalhar arduamente, como comerciante, para conseguir um dote para suas irmãs e proporcionar para seus irmãos os estudos universitários com que ele havia sonhado para si. Homem honesto, responsável e ético não mediu esforços para oferecer o conforto físico, financeiro e intelectual a sua família”. Enfatiza Pascual (1995, p.6) que Hans Jonas costumava dizer em relação a seu pai o seguinte: “se a vida de seus irmãos que puderam estudar na universidade foi mais rica que a dele, não o sei, mas sim eu sei que não foi mais moral”.

Esta frase de Hans Jonas demonstra o quanto ele herdou de seu pai o caráter de responsabilidade/ético/moral. Este exemplo paterno deve ter moldado ou foi a mola propulsora da sua capacidade e persistência em utilizar a filosofia em prol da dignidade humana. Hans Jonas fez do trabalho a razão de sua vida. Era uma voz, uma consciência sempre alerta e preocupada pelo devir da vida.

Os momentos descritos, a seguir, representam a primeira etapa de sua vida que, segundo Jonas cunhou definitivamente em seu espírito lembranças indelévels e inesquecíveis para sua futura formação profissional/espiritual/ética.

Hans Jonas passou grande parte de sua juventude e de estudante universitário na sua terra natal, Alemanha. Durante o período de seu bacharelado em filosofia, na Universidade de Freiburg, estudou com atenção os profetas de Israel. Segundo Pascual (1994, p. 6), sua primeira leitura filosófica foi uma obra de **Kant**: *Fundamentação da metafísica dos costumes*.

Em 1921, recém formado em bacharelado de filosofia, foi assistir palestra de um professor então quase desconhecido: Martin Heidegger. Para Hans Jonas, este grande filósofo da “ontologia do ser” foi, para ele, durante muito tempo, seu mestre preferido. Em 1924, quando Heidegger se transferiu para a Universidade de Marburg, Jonas o seguiu, tamanho era sua afinidade e admiração por este grande professor de filosofia. Nesta mesma universidade Jonas entrou em contato com Rudolf Bultman, um grande teólogo, porém prosseguia seus estudos com Heidegger.

Deste convívio intelectual com Heidegger e Bultmann, Jonas elaborou sua tese de doutorado em filosofia, orientado por este último, mas, com aprovação do primeiro. O tema

de sua tese tinha o seguinte título; *A gnose antiga como pano de fundo espiritual do cristianismo primitivo*. Jonas foi ousado e pioneiro ao penetrar neste campo de estudo, até então domínio quase exclusivo de historiadores da Igreja e dos dogmas, com armas filosóficas; *a da análise existencial* aprendido nas classes de Heidegger. Interessante lembrar que a teoria platônica, segundo a qual a Virtude se identifica com o Conhecimento e o Bem com a Verdade, exerceu uma grande influência na filosofia grega de Aristóteles, nos estoicos, nos platônicos e encontrará consenso também entre os autores cristãos, principalmente os gnósticos.

A primeira parte da tese de Jonas, *A gnose mitológica*, foi publicada em 1934, exatamente na mesma época em que Hans Jonas se vê obrigado a abandonar a Alemanha, alertado da chegada do nacional-socialismo ao poder. Como consequência deste ato, o sonho de uma carreira acadêmica, idealizada por Jonas, foi interrompida abruptamente.

Conforme relata Pascual (1994, p.6), “sionista” convencido desde a juventude, Hans Jonas, ao sair da Alemanha, faz uma breve estada na Inglaterra, migrando então para Israel. Ali ingressou na Haganah, uma organização judaica de autodefesa, em que permaneceu como oficial de artilharia até 1949. Ao começar a Segunda Guerra Mundial, Jonas se incorporou como voluntário da brigada judaica que lutava no exército britânico contra os nazistas. Assim, entrou na Alemanha na primavera de 1945; ali, foi informado que sua mãe havia morrido no campo de concentração de Auschwitz, enquanto seu pai havia falecido em 1937. Cumprida sua missão bélica, Jonas regressou a Israel. Neste momento, começa a segunda etapa do desenvolvimento intelectual/espiritual/ético de Hans Jonas.

Em 1949, foi convidado para trabalhar na antiga McGill University de Montreal, mais tarde se transferiu para a Universidade de Ottawa e, em 1955, emigrou do Canadá para os Estados Unidos. Fixa residência em Nova York, onde passa a trabalhar como docente na conhecida New School for Research de New York. Nesta Universidade, Hans Jonas, durante mais de trinta anos, dedica-se às aulas, pesquisas e publicações de artigos e livros e recebe o título de professor Emérito de Filosofia.

Jonas costumava dizer que a segunda etapa de sua vida foi construída durante sua vida de soldado na Segunda Guerra Mundial. Pois, afastado da investigação histórica, sem livros.

2 Sionismo: movimento político religioso judaico iniciado no século XIX, que visava ao restabelecimento, na Palestina, de um Estado Judaico, e que se tomou vitorioso em maio de 1948, quando foi proclamado o estado de Israel (Dicionário Aurélio, 1999).

nem bibliotecas, viu-se interessado ao mais imediato: os fenômenos do corpo, do organismo, coisas das quais só abstratamente havia ouvido falar nos seus anos de universidade.

O problema do dualismo psicofísico, com o qual já havia tropeçado em seus estudos sobre a gnose antiga, apresenta-se então como uma tarefa capital que era preciso resolver. Na Alemanha faz-se conhecido por esta sua obra fundamental sobre a gnose. A ela se entregou e se dedicou durante um longo período de sua vida de pesquisador e professor universitário, na América do Norte. Em contato permanente com destacados representantes das ciências naturais, em especial os amigos Husserl, Heidegger e Buhmann, Jonas iniciou sua tarefa literária com a publicação, em 1966, do livro *“O fenômeno da vida: rumo a uma biologia filosófica”*. Em 1973, esta mesma obra foi editada em alemão e em 1994, ela é publicada em Madrid, com o título: *El principio vida: hacia una biologia filosofica*. Neste livro, Jonas (1995, p.34) afirma que “a ontologia é o fundamento da ética. Ter separado ambas as coisas, ter separado o reino “objetivo” do “subjetivo” tem sido o destino da modernidade”. Mas agora falta voltar a reuni-los, e isso é algo que somente pode se levar a cabo do lado objetivo: mediante uma revisão da idéia da natureza. Quando Hans Jonas se aposentou de suas tarefas de docente, era uma personalidade conhecida, sobretudo entre os estudiosos da história da Antigüidade, pelos seus estudos sobre a gnose. Entretanto, não desfrutava da fama mundial que alcançaria anos mais tarde.

Para Jonas, com sua “jubilação” começa a terceira etapa de sua vida intelectual. Pois, uma vez dispensado de suas obrigações de professor de tempo integral ocupa este período para dedicar-se exclusivamente a extrair as conseqüências morais de seus estudos anteriores. Não era algo artificial, senão um resultado lógico (PASCUAL, 1994, p. 8).

Assim, a partir do início dos anos 70, Jonas mudou a base de seu pensamento para os problemas éticos da técnica moderna, incluída a medicina, e a crescente responsabilidade para o homem que dela se deriva.

Entre suas obras se destacam: *El principio da vida: hacia um biologia filosófica* (1972); *El principio El principio de responsabilidad: ensaio de una ética para la civilización tecnológica* (1979); *The imperative of resposnability: in search of na ethics for the technological age* (1984); *Técnica, medicina y ética* (1993). Suas obras publicadas sobre antropologia filosófica têm dado, nas últimas décadas, um impulso fundamental às discussões ideológicas/bioéticas internacionais voltadas para os problemas ambientais e da ameaça da continuidade da vida humana na Terra.

Hans Jonas, em 1978 recebeu o prêmio “Hemy Knowles Beecher Award, a honraria mais alta do Hasting Genter. Segundo Milano (1997, p.23),-esta Instituição foi fundada, em 1969, pelo filósofo americano Daniel Callahan”.

Em 1979, ao publicar em alemão o livro “*O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*”, (*Das prinzip verantwortung: insel verlag francfort dei meno*), Hans Jonas justifica que o livro foi escrito, em alemão, em decorrência de sua avançada idade, pois escrever na língua materna facilitava seu raciocínio e o protegia de qualquer incoerência e também o ajudava a escrever mais rápido, ao contrário se o fizesse em inglês. Sem dúvida, dentre as publicações de autoria de Jonas, o livro “*O princípio da responsabilidade*” é considerada sua obra prima e a que o fez famoso e ser conhecido no mundo inteiro. Em 1994, este mesmo livro foi editado em Barcelona, em espanhol com o título; *El principio de responsabilidad: ensaio de una ética para la civilización tecnológica*.

Hans Jonas, em 1987, foi agraciado com o Prêmio da Paz dos Livros Alemães. Nesta época, já com 84 anos, por acreditar que poucos anos de vida lhe restavam, apressou-se em escrever a parte prática de sua ética. Conseguiu-o e, assim, em 1993, meses antes de morrer ainda teve o privilégio de participar da cerimônia de lançamento de seu último livro: “*Técnica, medicina y ética: la práctica dei principio da responsabilidad.* ” A primeira edição deste livro em espanhol aconteceu em 1997. Nesta sua última obra, Jonas faz uma revisão nos mais importantes problemas práticos da medicina que hoje tem estabelecido a bioética, que é, sem dúvida, o nome atual da ética.

Em 1993, no ano de sua morte, Hans Jonas é pela última vez agraciada e obtém o reconhecimento da Itália com o prêmio “Nonino Prize”.

Em maio de 1992, em Munique, Hans Jonas profere sua última palestra, cujo tema desenvolvido era; “Filosofia de final do século; uma pesquisa de seu passado e de seu futuro”. Prevendo sua brevidade de vida, coloca nas mãos da humanidade a responsabilidade em assumir o compromisso e a obrigação de lutar pela estabilidade e conservação da vida na terra. Estas são as sábias palavras proferidas por Jonas; “por repensar o conceito de responsabilidade e a sua extensão, nunca antes concebido, sobre o comportamento de nossa espécie inteira em relação á natureza, a filosofia estará dando o primeiro passo em direção a assumir essa responsabilidade. Como estou de partida agora, é meu desejo para a filosofia que persevere nesse empenho, sem medo de qualquer eventual dúvida referente ao seu sucesso. O século que está chegando tem o direito a essa perseverança” (SIQUEIRA, 1998, p.4).

Pascual (1994, p. 5), ao referir-se aos dotes intelectuais e humanísticos de Jonas, declara que o ocidente possui um pequeno número de pensadores que são capazes de exercer publicamente o papel de “grandes velhos sábios”; pessoas das quais se espera uma palavra sensata e esclarecedora nos grandes debates políticos e morais; homens cuja voz se escuta como a mais prudente, pois vem avalizada por toda uma vida em que conseguiu alcançar com tanto esforço e sabedoria. Para este filósofo italiano, Hans Jonas desempenhou com sapiência, energia e eloquência esta função.

6.5.2 Ética da responsabilidade: uma nova ética para a tecnologia moderna

O pensamento de Hans Jonas sobre a necessidade de se adotar uma nova ética frente aos desafios inerentes à tecnologia moderna, como a ética da responsabilidade (uma ética orientada ao futuro), começou a germinar já ao término da Segunda Guerra Mundial, fruto de uma experiência pessoal, ao perder o encantamento com os novos rumos avassaladores da tecnociência, que assume um papel de alta periculosidade em todo o mundo.

Segundo Zancanaro (2000, p. 319),

surgia, assim, no horizonte da sociedade do Século XX um poder tecnológico onipotente, utópico e de efeitos perversos, provocando mudanças radicais no agir, além de sérios riscos e ameaças à vida (Projeto Manhattan, Apoio e Genoma Humano), e a biotecnologia, com possibilidades de transformações aleatórias do homem e da natureza.

De acordo com Pascual (1994), a era tecnológica atual, em que o poder do homem tem alcançado uma dimensão e umas implicações até agora imagináveis, exige uma nova consciência ética. A iminente possibilidade de destruir ou de alterar a vida planetária se faz necessário que a magnitude do ilimitado poder da ciência seja acompanhado por um novo princípio, o da responsabilidade, de Hans Jonas.

Segundo Capra (1996, p. 23),

à medida que o século se aproxima do fim, as preocupações com o meio ambiente adquirem suprema importância. Defrontamo-nos com toda uma série de problemas globais que estão danificando a biosfera e a vida humana de maneira alarmante, e que pode logo tornar-se irreversível. [...]. O reconhecimento de que é necessária uma profunda mudança de percepção e de pensamento para garantir a nossa sobrevivência ain^ não atingiu a maioria dos líderes das nossas corporações, nem os administradores e os professores das nossas grandes universidades. Mais adiante, ele assinala que o grande desafio do nosso tempo é criar comunidades sustentáveis, isto é, ambientes sociais e culturais onde podem satisfazer as nossas necessidades e aspirações sem diminuir as chances das gerações futuras.

Para completar, acredita-se que este desafio só se concretizará quando *a ética da responsabilidade* for incorporada no “querer” construir sociedades sustentáveis.

O excesso de poder da tecnologia moderna ameaça o ecossistema pela poluição ambiental. Hoje, esta mudança de atitude avassaladora do homem em relação à natureza mudou radicalmente, se comparada com aquela aplicada há séculos atrás. Agora, a humanidade necessita ter uma nova ótica do mundo, uma visão de mundo holístico, que concebe o mundo como um todo integrado, e não como uma coleção de partes dissociadas. É uma visão de mundo que reconhece o valor inerente à vida não-humana.

A humanidade precisa adotar, segundo Capra (1996, p.25),

a ética da ecologia profunda, que está alicerçada em valores ecocêntricos (centralizados na Terra). Ela não separa seres humanos, ou qualquer outra coisa, do meio ambiente natural. A ecologia profunda reconhece o valor intrínseco de todos os seres vivos e concebe os seres humanos apenas como um fio particular na teia da vida. Essa ecologia profunda é lu-gentemente necessária nos dias de hoje e especialmente na ciência, uma vez que a maior parte daquilo que os cientistas fazem não atua no sentido de promover a vida nem de preservar a vida, mas sim no sentido de destruir a vida.

Hoje, o ser humano é considerado o único agente “patológico” destruidor, responsável e causador de todo o desequilíbrio ecológico existente no planeta Terra.

As descobertas revolucionárias desenvolvidas na área da engenharia genética e da biologia molecular, como a clonagem animais e de seres humanos e o uso de vírus e bactérias para a confecção de armas biológicas, têm causado impacto no meio científico. Os princípios científicos destas descobertas mexem com questões éticas bastante questionáveis, e até hoje jamais igualladas. Diante de tamanha ousadia humana, da exploração e agressividade contra a biosfera e da possível alteração de genes, a sociedade moderna está em xeque mate, isto é, se não houver uma nova ética da responsabilidade, que coloque freios nos avanços tecnológicos, não existirá condições de vida na terra. Assim, questiona-se: quando será que a geração presente irá se preocupar com as ameaças previstas às gerações futuras? Até onde o homem poderá transpor seus conhecimentos tecnocientíficos e interferir sobre os complexos e interativos sistemas da vida? Que herança estará deixando para as gerações futura? Como ficam as questões éticas destas descobertas tão abrangentes? Como fica este poder que está nas mãos de poucos e, obviamente, sob o controle de apenas alguns países do primeiro mundo (SANTOS, 2002, p.61)?

De acordo com Zancanaro (2000, p. 310),

Hans Jonas fundamenta a teoria da responsabilidade, resgatando “Os Princípios Ontológicos do Ser”. A ciência e a tecnologia possibilitaram o niilismo moderno, cuja consequência foi o esquecimento do ser, portanto, da vida como valor. O retorno aos pré-modernos e ao princípio da existência, que clama existir, coloca a vida novamente no seu lugar de honra, onde o ato e o efeito da ação podem encontrar o princípio ontológico da obrigação que está no cuidado do Ser.

O que é niilismo? De acordo com Russ (1999, p. 10), niilismo quer dizer precisamente que toda as referências ou normas da obrigação se dissipam, que os valores superiores se depreciam. O niilismo designa o fenômeno espiritual ligado a morte de Deus e dos ideais supra-sensíveis.

Para Hans Jonas, o niilismo é a origem do vazio ético, essa ausência de todo o fundamento, pois, o movimento do saber humano (saber contido na tecnociência) “neutralizou” com respeito ao valor, em primeiro lugar, a natureza e, depois, também o homem. Agora, estremeçemos ante ao desnudamento de um niilismo, no qual um poder máximo vai acoplando com um máximo vazio e uma máxima capacidade vai acoplando com um mínimo de saber sobre ela (JONAS 1995, p.58).

Ressalta-se que, ao escrever O princípio da Responsabilidade, Hans Jonas retoma a “ontologia do ser” como uma forma de reaver os valores e a sacralidade da vida, desprezados pelo niilismo.

Aponta-se que a “Ontologia do ser”, não é coisa nova. Ela foi evocada primeiramente por alguns grandes filósofos da Grécia antiga, como o fez o conhecido Parmênides de Eléia (poema sobre a Natureza: *o ser é, Q o não-ser não é*) e Aristóteles (considerado o formulador da *Teoria do ser enquanto ser*).

No século XX, a “Ontologia do ser” é resgatada pelo respeitado filósofo alemão Martin Heidegger, em *Ser e Tempo*, nele trabalha a questão sobre o Ser[...] entender a voz do Ser do qual somos o pastor ou guardião. Para Boff (1999a, p.89), Heidegger é por excelência o filósofo do cuidado, que segundo suas palavras cuidado significa um fenômeno ontológico. De acordo com Colomer 1995 apud Siqueira (p. 10), Heidegger destacava que “ciência e tecnologia correspondem a uma compreensão dogmática de Ser que pretende reduzir toda a existência à pura instrumentalidade, por essa via conduzindo ao esquecimento e a inviabilização do projeto de existência humana autêntica”.

Conforme Giles (1993), o filosofar heideggeriano é uma constante interrogação na procura de revelar, à luz da compreensão, o objeto que decide sobre a estrutura dessa interrogação; a questão do ser. Para Heidegger, a questão mais fundamental, a questão do ser

é, na medida em que o ocidente configura o mundo, a questão que atinge dimensões planetárias.

Então, mais recentemente, no ano de 1979, a vida é recolocada no seu lugar de honra por Hans Jonas que afirma que a *ontologia* é o fundamento da Ética da Responsabilidade. Ora, se para Hans Jonas, Heidegger era seu mestre mais estimado e também orientador no início de sua carreira filosófica, acredita-se que o legado da questão sobre a “Ontologia do ser”, ensinado por Heidegger, deve ter ficado impregnado no âmago do seu conhecimento filosófico.

Referindo-se ao contexto da ontologia apregoada por Jonas, Zancanaro (2000, p.313) reforça que o conhecimento não é tudo o que podemos dizer do homem; por isso, uma base ontológica é indispensável para solidificar os fundamentos da responsabilidade, preservando a liberdade como uma marca autenticamente humana.

Logo, quando Jonas se dedicou, na sua aposentadoria, a extrair as conseqüências morais de seus estudos anteriores, sentiu que uma nova ética deveria ser adotada para fi^ciar os avanços devastadores da tecnologia moderna. E foi muito feliz quando concebeu “O princípio da responsabilidade” ancorada na “Ontologia do ser”. Esta sua atitude vem resgatar o valor intrínseco homem/vida/natureza, ou seja, a tríade do mundo ecológico. Jonas, então, coloca a vida humana e extra-humana no seu lugar de honra, de onde elas nunca deveriam ter sido deslocadas,

Na ética da responsabilidade, é necessário respeitar e preservar a direito à existência, portanto, o agente, o ato e o efeito não podem ameaçar a vida futura.

Conforme Zancanaro (2000,p.312),

nada subsiste sem a complementaridade homem e natureza, organismo e liberdade. O objeto de responsabilidade é o futuro como realidade ameaçada, que pode ser destruída pelo poder tecnológico, cuja origem está no saber científico. Fazer renascer o sentimento de responsabilidade significa impor ao “querer” a força e o apreço pela dignidade da vida, transformando-a em “valor” Hans Jonas, ao conclamar a filosofia ontológica e a ética da vida, está falando em responsabilidade com o futuro e com as gerações futuras, insiste no “cuidado” do uso da tecnologia, à medida que esta se toma cada vez mais refinada, global e não obedece a limites.

Entretanto, com a evolução tecnológica ocorrida principalmente nas últimas décadas, a “vida” parece que ficou relegada a segundo plano. Por isso, Jonas sabiamente resgata o princípio da responsabilidade alicerçado na “ontologia do ser”.

Destaca Zancanaro (2000, p.311) “para Hans Jonas, a ética da responsabilidade contém um novo imperativo que deve estar fundamentada no “Sim à Vida” e sua continuidade futura, como essencial possibilidade, sendo que nossa liberdade necessita garanti-la por meio de ações presentes”.

A vida é o valor mais precioso que a ser humano possui. Sem oxigênio (ar poluído), sem água potável (dejetos poluindo rios, lagos e mares), sem a luz do sol (camada de ozônio), com o desequilíbrio da biosfera (degradação crescente da biosfera) e sem a preservação do meio ambiente (extinção de muitas espécies animais e da flora) a humanidade e os demais seres vivos estão fadados a morrer! Infelizmente, nosso Planeta Terra está doente!

Conforme Boff (1999, p. 136), “atualmente quase todas as sociedades estão enfermas. Produzem má qualidade de vida para todos os seres humanos e demais seres da natureza”. Ele também indica que

após séculos de cultura material, buscamos hoje ansiosamente uma espiritualidade simples e sólida, baseada na percepção do mistério do universo e do ser humano, na ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, Aindada no cuidado, no valor intrínseco que cada coisa, no trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência das intenções (BOFF, 1999, p.25).

Para Jonas, a humanidade continua a constituir a obrigação suprema; continua a ser, em certa medida, a origem dos nossos valores. Contudo, o respeito devido à humanidade já não pode ser separado do respeito devido à natureza.

Morin (2000, p.71) sintetiza alguns novos perigos já estabelecidos no Século XX, tais como:

o primeiro é o da possibilidade de extinção global de toda a humanidade pelas armas nucleares, que cresce, cada ano que passa, com a disseminação e a miniaturização da bomba. O segundo é a possibilidade da morte ecológica, a dominação desenfreada da natureza pela técnica conduz a humanidade ao suicídio. Por outro lado, as forças de morte que acreditávamos em via de extinção se rebelaram; o vírus da AIDS invadiu-nos, enquanto bactérias que acreditávamos eliminadas voltam mais resistentes aos antibióticos, dessa forma, a morte reintroduziu-se com virulência em nossos corpos, que acreditávamos estarem aqui para frente assépticos.

Enfatiza-se que as preocupações expostas por Zancanaro e Morin e as outras descritas mais à frente por Pascual, Boff, Capra, vem ao encontro do pensamento de Hans Jonas, da necessidade da busca de uma nova ética.

De acordo com Jonas (1995, p. 14), é necessário impor limites a partir de um novo conceito de responsabilidade, aos ilimitados poderes que o homem alcançou mediante os

conhecimentos científicos. Para ele, a promessa da técnica moderna se converteu em uma ameaça presente/futura. É uma tese que transcende a mera constatação da ameaça física. A submissão da natureza, destinada a trazer felicidade à humanidade, teve um êxito tão devastador - um êxito que agora afeta também a própria natureza humana - que coloca o homem ante o maior perigo que por sua própria ação jamais lhe foi apresentado.

Como diz Boff (1999, p.20), “atulhados de aparatos tecnológicos, vivemos tempos de impiedade e de insensatez, sob certos aspectos regredimos à barbárie mais atroz”.

Hans Jonas alerta a humanidade da necessidade de se adotar uma nova ética, que venha abraçar as questões éticas relativas ao progresso avassalador da tecnologia moderna. Esta deve ser a ética da responsabilidade com o futuro, como um agir que está ao alcance do poder humano. As reflexões acerca deste assunto, realizados por Jonas, procuram despertar a consciência da humanidade, visando a transformar as possíveis conseqüências “destrutivas” futuras de esse agir, em possibilidades reais de freá-las, e, com isso, conseguir preservar a continuação de gerações futuras.

Mas, afinal, qual é o Princípio da Responsabilidade dessa nova ética proposta por Hans Jonas?

6.5.3 O caráter modificado da ação humana

Epistemologicamente qual o significado de responsabilidade?

O termo responsabilidade se origina da palavra latina *re spondeo ire* = prefixo de anterioridade; *spondeo* = esposar, assumir) logo, à junção delas expressa *assumir antecipadamente pelo que vai fazer*. Então, responsabilidade pode significar a habilidade e a capacidade de assumir conscientemente todas as conseqüências das suas próprias ações e omissões.

De acordo com Russ (1999, p.44),

responsabilidade é a palavra que evoca um princípio muito antigo que governa a ética e a moral, já enunciado por Platão na sua obra República. Conforme este filósofo grego, cada indivíduo é responsável por seu destino, cada um é responsável por sua escolha. A responsabilidade, fato de responder totalmente por seus atos e assumi-los é o princípio que governa a ética clássica, da Antigüidade ao pensamento existencial, e que se reencontra, profundamente reestruturada, nas perspectivas éticas contemporâneas. Ela deixa de ser uma responsabilidade limitada à ação presente ou ao futuro imediato. A responsabilidade, para Hans Jonas, adquire uma dimensão mais ampla, isto é, está voltada para o futuro distante ou se estende mais além do agora e do amanhã, projeta-se ao futuro longínquo.

A responsabilidade de Jonas, tomada para fundamentar a ética da responsabilidade orientada ao futuro, é uma renovação, ou mesmo uma transformação radical do seu significado epistemológico até então conhecido nas éticas anteriores.

Assim, para Russ (1999, p.47), “uma idéia nova de responsabilidade vem à luz em nossa época, como preservação da vida num futuro extremamente longínquo. É o que propõe a ética da responsabilidade de Hans Jonas”.

Para Giles (1973, p. 136), responsabilidade fundamenta-se na obrigação: há ações que um ser racional pode e deve fazer. Negligenciar a obrigação leva à retribuição.

Na Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo (1967, p.435), do latim responsabilidade vem de “respondere” = responder, estar em condições de responder pelos atos praticados, de justificar as razões das próprias ações. De direito todo homem é responsável. Educar para a responsabilidade é o grande dever dos pais e mestres, e o único método para isto deferir responsabilidade crescente para que o educando aprenda a responder por suas ações. Uma responsabilidade significa também uma tarefa confiada a alguém, na certeza de que saberá desincumbir-se eficientemente da mesma.

De acordo com Muñoz e Almeida (1999, p. 89),

o termo responsabilidade pode também significar prometer, dando caução, isto é, garantia patrimonial (se não cumprir a promessa tem-se que ressarcir o dano com algum bem patrimonial). Pode-se também conceituar responsabilidade como a exata noção do dever. Neste sentido, ela implica o conhecimento e cumprimento de nossos deveres.

Segundo Aurélio (200, pl754.), filosoficamente, responsabilidade significa situação de um agente consciente em relação aos atos que ele pratica voluntariamente.

Acredita-se que a responsabilidade é um dever-agir, amparado por uma conduta ética, cuja ação de cada ato praticado, em qualquer momento ou circunstância, exige liberdade, habilidade e lucidez de assumir conscientemente todas as conseqüências das suas próprias ações ou omissões.

Sob a perspectiva filosófica, para Hans Jonas (1995, p.215), “o conceito de responsabilidade implica o dever, primeiro o dever ser de algo, depois, o dever fazer de alguém em resposta a esse dever ser”.

Responsabilidade é o cuidado, reconhecido como dever, por outro ser, cuidado que, dado a ameaça de sua vulnerabilidade, se converte em “preocupação” (Jonas, 1994, p.357).

De acordo com Hans Jonas (1995, p. 23),

qualquer que tenha sido a forma e o conteúdo das éticas anteriores, todas elas eram éticas voltadas para o presente. Até hoje elas compartilhavam tacitamente entre si três premissas que estão conectadas entre si: 1) a condição humana, resultante da natureza do homem e das coisas, permanece nemi fundamento fixo de uma vez por todas; 2) sobre essa base é possível determinar com clareza e sem dificuldades o bem humano; 3) o alcance da ação humana e, portanto, da responsabilidade humana está estritamente delimitada.

Atualmente, tais premissas já não são mais válidas. Sabe-se que nossa era moderna está contaminada pelo ritmo da mudança científica e tecnológica que se acelerou, alcançando proporções vertiginosas imagináveis.

Para Jonas (1995, p.49), “as novas classes e dimensões de ação exigem uma ética da previsão e a responsabilidade, ajustadas àquelas, uma ética tão nova como as circunstâncias às que se enfrentam hoje em dia”.

Mais concretamente, Jonas (1995, p.23) afirma

que certos desenvolvimentos de nosso poder têm modificado o caráter da ação humana. E dado que a ética tem que ver com as ações, seguidamente haveremos de afirmar que a modificada natureza das ações humanas exige uma mudança também na ética. Isso não só no sentido de que os novos objetos que têm entrado a formar parte da ação humana tem ampliado materialmente o âmbito dos casos aos que têm de aplicar-se às regras válidas de comportamento, senão no sentido muito mais radical de que a natureza qualitativamente inovadora de várias de nossas ações tem aberto uma dimensão totalmente nova de relevância ética não prevista na perspectiva e cânones da ética tradicional. As novas capacidades as que se refere Jonas são aquelas relacionadas à técnica moderna.

Como destaca Hans Jonas (1995, p. 14), “o infatigável impulso da tecnociência está pedindo uma ética que evite mediante freios voluntários que seu poder leve aos homens ao desastre. Para ele, a promessa da técnica moderna se converteu em uma ameaça, ou que a ameaça tomou-se indissolúvelmente associada à promessa”.

Zancanaro (2000, p.310) complementa que “as promessas da ciência colocaram a ética em crise, trazendo à tona novos objetos de reflexão, além da perspectiva do agir próximo e do futuro, não como eternidade, mas como ética do futuro à medida que estão incluídos também os direitos das gerações futuras”.

Afinal, qual é o ponto de partida dessa nova ética, a ética da responsabilidade de Hans Jonas?

6.5.4 O ponto de partida da ética da responsabilidade

O estudo filosófico conduzido magistralmente por Hans Jonas, no seu livro, *O Princípio da Responsabilidade*, está fundamentado na busca de uma nova ética, uma ética que venha abarcar os problemas oriundos da tecnologia moderna. É uma ética da responsabilidade orientada ao futuro, pois o caráter modificado das ações humanas, hoje, exige uma preocupação e um dever “coletivo” em relação à preservação e, ao cuidado/responsável com a sobrevivência da natureza e das gerações futuras. Atualmente, sob o estigma da tecnologia, a ética tem que ver com ações, se bem já não as do sujeito individual, de um alcance casual que carece de precedentes e que afeta ao futuro.

Paul Ricoeur (in; Russ, 1999, p.47) enfatiza que “a idéia de responsabilidade se põe ante às mutações sem precedentes que afetam o agir humano na idade das tecnologias”.

Conforme Jonas (1995, p. 17),

o princípio da responsabilidade, balizado pelo temor e o respeito, tem uma tarefa peculiar que é preservar a permanente ambigüidade da liberdade do homem, que nenhuma mudança de circunstancias pode jamais abolir, preservar a integridade de seu mundo e de sua essência frente aos abusos de seu poder.

Diante de tal situação, Jonas concebe quatro mudanças importantes referentes à noção de responsabilidade, da ética da responsabilidade. A primeira é a necessidade de se mudar o conceito de natureza, a segunda que vem em consequência desta é o compromisso e a obrigação de zelar pelo futuro da humanidade (imperativo condicional), a terceira grande mudança diz respeito ao ser e ao dever ser (o princípio ontológico da obrigação que está no cuidado de ser) e a quarta é o exercício da “heurística do temor” como guia do próprio perigo que prevemos.

Diante das ameaças do poder tecnológico, faz-se necessário que haja um novo conceito de natureza. Fazer uma revisão do conceito de natureza é o ponto de partida da Ética da Responsabilidade.

Para o homem antigo e medieval, pré-técnico (na concepção moderna de “técnica”), a natureza era algo duradouro e permanente, submetida certamente a ciclos e mudanças, mas capaz de curar sem dificuldade as pequenas feridas que o homem a causava com suas minúsculas intervenções. Tudo isto mudou radicalmente com o surgimento da ciência moderna e a técnica que dela se deriva. Agora o homem constitui de fato uma ameaça para a continuação da vida na terra. Não somente pode acabar com sua existência, senão também

pode alterar a essência do homem e desfigurá-la mediante diversas manipulações. Tudo isso representa uma mutação tal no campo a ação humana que nenhuma ética anterior se encontra a altura dos desafios do presente. Por isso, é necessária uma nova ética; uma ética orientada ao futuro, que pode ser chamada, com toda propriedade, de ética da responsabilidade (PASCUAL apud JONAS, 1995, p.8).

Assim, a natureza é parte vital do ser humano. Nela e por ela tudo deve ser feito para preservá-la e, principalmente, não profanar sua sacralidade, para garantir a sobrevivência das gerações futuras.

Segundo Jonas (1995, p.38),

a presença do homem no mundo era um dado primeiro e incontestável do qual partia qualquer idéia de obrigação no comportamento humano. Agora, essa mesma presença se converteu em objeto de obrigação: da obrigação de garantir no Muro a premissa primeira de toda a obrigação, isto é, justamente a existência de candidatos a um universo moral no mundo físico. E isso implica, entre outras coisas, conservar este mundo físico de tal modo que as condições para tal existência permaneçam intactas, o que significa protegê-la em sua vulnerabilidade contra qualquer ameaça que ponha em perigo essas condições.

Jonas (1995, p.23), salienta que

certos desenvolvimentos de nosso tempo têm modificado o caráter da ação humana. E dado que a ética tem que ver com as ações, assim a modificada natureza da ação humana exige uma mudança também na ética. Estas novas capacidades, introduzidas na sociedade global, são as da tecnologia moderna”

Para Jonas (1995, p. 39),

na ética tradicional, o homem era o centro de sua preocupação. A atuação sobre os objetos não humanos não constituía um âmbito de relevância ética. O que tinha relevância ética era o tratamento direto do homem com o homem, incluindo o tratamento consigo mesmo. Toda ética tradicional é antropocêntrica.

Sob este prisma, ressalta Jonas (1995,p.28), “a natureza não era objeto da responsabilidade humana, ela cuidava de si mesma e cuidava também e, com persuasão os maltratos pertinentes do homem”.

Jonas (1995, p.27) descreve que, antes de nossa época, as intervenções do homem na natureza, tal como ele as via, eram essencialmente superficiais e incapazes de danificar seu permanente equilíbrio. Toda a ética que nos tem sido transmitida habita, pois este marco intra-humano e se ajusta às medidas da ação condicionada por ele.

Emergem diante ao excesso de poder da tecnologia novas dimensões de responsabilidade. De acordo com Jonas (1995, p.32), a técnica moderna tem introduzido ações de magnitude tão diferentes, com objetos e conseqüências tão inovadoras, que o marco da ética anterior não pode já abarcá-los. Como destaca Zancanaro (2000, p.311), “o homem moderno, cuja razão tinha por objetivo organizar o caos de sujeito tomou-se objeto da técnica, e, pelo seu excesso de poder, ameaça o ecossistema pela poluição ambiental”.

Em tais circunstâncias, o saber se converte em um dever urgente, que transcende tudo o que anteriormente (ética tradicional) se exigiu dele; o saber há de ser de igual escala que a extensão casual de nossa ação. Isto implicará que haveria de buscar-se não somente o bem humano, senão também o bem das coisas extrahumanas, isto é, implicaria ampliar o reconhecimento de “fins em si mesmo” mais além da esfera humana e incorporar o conceito de bem humano (JONAS, 1995, p. 34).

Diante destes argumentos, pode-se dizer que o primeiro passo fundamental da ética da responsabilidade é a mudança do conceito de natureza. Conseqüentemente com ela, emerge a amplitude da extensão de nossa responsabilidade, pois, conforme Jonas (1995, p.9).

a ética, orientada para o futuro, não significa, claro está, que devemos idealizar uma ética para que os homens do futuro a pratiquem (se é o que desejamos que o façam). Ao contrário, é uma ética que deve valer precisamente para os homens de hoje é, como diz Jonas, uma ética atual que cuide do futuro, que se pretende proteger para nossos descendentes das conseqüências das nossas ações presentes.

De acordo com Bourg (1996, p.201).

para Jonas, o futuro da humanidade é a primeira obrigação do comportamento. Ora, esta obrigação fundamental obriga-nos igualmente face à natureza, cuja conservação condiciona a própria sobrevivência da espécie. Temos deveres em relação à natureza a nossa volta, a biosfera e, dentro de nós, a integridade biológica da espécie. Segundo ele, quer queiramos ou não, estamos investidos de uma responsabilidade desconhecida das gerações precedentes, a de deixarmos às gerações futuras uma terra habitável e a de não alterarmos as nossas condições biológicas e genéticas de existência

Perante esta nova situação, o filósofo da ética da responsabilidade percebe a necessidade de criar um imperativo ético novo, um imperativo incondicional, fundamentado “ontologicamente” que se adeque ao novo tipo de ações humanas e que esteja dirigido ao novo tipo de sujeitos da ação. Então, a partir do imperativo categórico de Kant (“Trabalhe de tal modo que possas querer também que tua máxima se converta em lei universal”), Hans Jonas deriva seu imperativo incondicional;

Trabalhe de tal modo que os feitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica na Terra”; ou expressado de modo negativo: “Trabalhe de tal modo que os feitos de tua ação não sejam destrutivos para a futura possibilidade dessa vida”; ou simplesmente: “Não ponhas em perigo as condições da continuidade indefinida da humanidade na terra”; ou formulado, uma vez mais positivamente: “Inclua em tua escolha presente, como objeto também de teu querer, a futura integridade do homem (JONAS, 1994, p.40).

Comenta Garrafa (2001) que algumas semanas antes de falecer, em 1993, o filósofo Hans Jonas, deu uma inesquecível entrevista, declarando que, neste final de século, com tamanho desenvolvimento científico e tecnológico, o ser humano está aberto à responsabilidade e ao risco, é chamado a dar-se conta de si e de sua descendência, a mostrar respeito pela totalidade do mundo natural e a tomar-se, por tudo isso - não no idealismo da consciência, mas na escolha do agir - guardião do próprio ser,

Este comentário vem ao encontro da terceira grande mudança proposta por Jonas, em que a ética da responsabilidade está fundamentada na ontologia do ser. Preservar a vida será contribuir para que ela se realize e se constitua a raiz ética de toda a responsabilidade com o futuro. É a retomada por Jonas do problema do ser.

Segundo Jonas (1995), a teoria da responsabilidade alberga no seu âmago *o bem, o dever e o ser*. Que significados são estes para este filósofo? Para este filósofo, “fundar o **bem**” **no ser**, significa traçar uma ponte sobre o suposto abismo entre dever e ser. Pois o bom ou valioso, quando o é por si mesmo e não somente graças a um desejo, necessidade ou escolha, é, por seu próprio conceito, aquele cuja possibilidade contém a demanda de sua realidade; com ela se converte em um dever tão pronto como existia uma vontade capaz de perceber tal demanda e transformá-la em ação. O que dizemos é, pois, que um “mandamento” pode partir não somente de uma vontade que mande - um Deus pessoal, por exemplo -, senão que pode partir também da imanente exigência de sua realização de um **bem-em-si**. E o **ser-em-si** do bem ou valor significa que pertencem a realidade do ser (não necessariamente por isso a atualidade do existente em cada momento); com isso **a axiologia** se converte em uma parte **da ontologia**.

De acordo com Russ (1999, p. 101),

para Hans Jonas, o ser vale mais que o não ser, há preeminência absoluta do primeiro em relação ao segundo. Assim, a ética desdobra a questão do ser e nela a teoria dos valores o que significa que a obrigação não emana só de uma vontade que comanda, mas do Ser e do Bem em si.

Hans Jonas (1995) preconiza que há necessidade de razões pelas quais somos responsáveis em buscar o bem-estar, já que o futuro depende, em grande parte, de nossas

ações e do uso adequado do poder. A responsabilidade pela educação entra nesse rol como *cuidado* ao próximo como a nós mesmos e político em relação aos que dependem das nossas informações e conhecimentos para que seja possível seu sucesso futuro. A obrigação está na prevenção e preservação com parte intrínseca da responsabilidade com o futuro. Promover a educação, a saúde, a conservação do meio ambiente, a ética, como política pública, é uma exigência do agir responsável com o amanhã, pois o agir e seu efeito estão implicados com *o bem intrínsec*".

A quarta mudança, preconizada pela ética da responsabilidade, está bem caracterizada na "heurística do temor", evocada por Jonas.

Perante a ameaça da força da tecnologia moderna em levar a humanidade ao desastre, emerge a necessidade de se adotar uma ética que evite mediante freios (heurística do temor) que seu poder leve os homens ao desastre. Para Jonas, a "heurística do temor" é importante para a ética da responsabilidade, orientada ao futuro, pois alavanca o agir de modo vinculado aos perigos, as ameaças ante a previsão de uma catástrofe imprevisível ou irreversível. Através do exercício da "heurística do temor" poderão descobrir-se os princípios éticos de que se derivarão os novos deveres do novo poder. Este método que auxilia a descoberta de novos valores e deveres do *Homem faber*, Jonas (1995, p. 16) chama de "heurística do temor: só a previsível desfiguração do homem nos ajuda a alcançar aquele conceito de homem que tem de ser preservado de tais perigos. Somente sabemos que está em jogo quando sabemos que está em jogo. Pois, o que aqui está implicado é não somente a sorte do homem, senão também o conceito que dele possuímos, não somente sua supervivência física, senão também a integridade de sua essência, a ética, que tem que custear ambas as coisas haverá de ser, transcendendo a ética da prudência, uma ética do respeito".

De acordo com Cucurella (1998, p.95), "Hans Jonas é conseqüente com a "heurística do temor" que propõe em O Princípio da Responsabilidade e que se concretiza numa regra fundamental para o tratamento da incerteza; na dúvida pro mal (em caso de dúvida, prestar ouvidos ao pior prognóstico antes que o melhor, porque as apostas se han vuelto demasiado elevadas como parajugary)

Para Zancanaro, (2000, p. 311), "Jonas tem consciência dos perigos intrínsecos à tecnologia, talvez não os imediatos da ameaça iminente, mas das possíveis conseqüências em longo prazo. Considera que a verdadeira essência do seu domínio é a utilização para o bem e o legítimo". Este filósofo brasileiro, ao se referir sobre a "heurística do temor", comenta "que o sentimento de responsabilidade com a 'antecipação da ameaça', da 'destruição' e da

‘catástrofe’ pode contribuir para tomar-se nossa ação moral, já que nela está implicada a ‘vida’, e sua ‘continuidade’ exige renúncia à onipotência do poder” (ZANCANARO, 2000, p.321).

Neste momento é importante destacar que em 1919, Max Weber toma pública a sua concepção sobre a ética da convicção ou da ética da responsabilidade, que posteriormente foram condensadas no seu livro **La ciência como profesión. La política como profesión**. Para Weber (2001, p. 37)

a ética da responsabilidade se baseia na evolução das conseqüências das próprias ações. O ato que se guie por este tipo de ética toma em consideração os efeitos que previsivelmente vão ter suas ações, tanto os efeitos queridos como os não queridos, sendo plenamente consciente de que não é verdade que o bem, as boas intenções, somente podem resultar coisas boas.

Seguindo esta linha de pensamento Bodei (200, p.279) fala sobre

a atitude de Jonas (baseada numa ‘heurística do medo’, ou seja, na escolha negativa de evitar o mal maior da autodestruição do homem, uma vez que não é possível nem justo conseguir um acordo generalizado sobre o que é e como dever-se-ia obter o ‘bem maior’) choca-se com as posições do último teórico da ética da responsabilidade, Max Weber. Este havia, com efeito, sustentado, no quadro de um elogio à previsão apaixonada, que ‘o possível não seria alcançado se no mimdo não se tentasse sempre o impossível’.

Para Bodei (2000), esta idéia não se enquadra mais na atual conjuntura econômica/política/social/ecológica do século XXI. Hoje, a tecnologia moderna, com os riscos efetivos de alterar equilíbrios delicados, em parte ignorados, hoje, quando cada um contribui, de sua parte, para degradação do ambiente e para a depauperação dos recursos, a responsabilidade, a prudência, a cautela, a reflexão constituem uma obrigação vinculante e iniludível. É nesse sentido que a ética da responsabilidade de Hans Jonas adquire a dimensão voltada ao futuro.

Por último, dando prosseguimento a quarta mudança caracterizada pela “heurística do temor”, destaca-se que Hans Jonas procura esclarecer o leitor sobre o significado real do *temor* contido na ética da responsabilidade.

Segundo Hans Jonas (1994, p.356), “este *temor* deve ser apreciado não no sentido de medo ou covardia, próprio de indivíduos fracos de ânimo ou medrosos”. O temor da ética da responsabilidade, não é o temor que desencoraja, senão o que anima. Este temor referido e que faz parte essencial da responsabilidade e que é um temor que teme pelo objeto da responsabilidade.

Este é o *temor* que Hans Jonas coloca aos pés da “heurística do temor”.

Finalmente, Jonas descreve os elementos que constituem a *ética não utópica da responsabilidade*, a qual é permeada pela tríade: *temor, esperança e responsabilidade*. O papel do *temor* já foi descrito acima. A *esperança* é condição de toda ação, pois pressupõe a possibilidade de fazer algo e aposta pôr fazê-lo nestê caso. A *esperança* gera uma condição da responsabilidade ativa, que origina a “coragem para a responsabilidade”. *Responsabilidade é o cuidado, reconhecido como dever, por outro ser, cuidado que, dado a ameaça de sua vulnerabilidade, se converte em “preocupação”* (JONAS, 1994, p.357). Ressalta-se que isso tudo se desenvolve na perspectiva ontológica da ética da responsabilidade voltada para o futuro.

Segundo Jonas (1995, p. 3 5 8),

a teoria da ética precisa da representação do mal tanto como a do bem e mais ainda quando o mal se toma pouco claro aos nossos olhos e somente pode voltar a fazer-se patente mediante a ameaça de um novo mal antecipado. Em tal situação, que é a que hoje se vivência, o esforço consciente se converte em um temor não egoísta, em que jinto ao mal se faz visível o bem que ele deve ser salvo, e junto à desgraça se faz visível uma salvação não ilusória nem exagerada. O temor se converterá, pois, no primeiro dever, no dever preliminar de uma ética de responsabilidade histórica

Assim, afirma Hans Jonas que o temor é um dever, que, naturalmente, somente pode sê-lo se for acompanhado da esperança (a esperança de poder sustentá-lo): temor fundado, não no apavoramento; quiçá medo, mas não angústia, e em nenhum caso temor de medo por si mesmo. Evitar o medo que significaria angústia (JONAS, 1995).

Este é, sumariamente, o conteúdo filosófico ética da responsabilidade concebida por Hans Jonas. Assim, desafiando o tempo, ele mostrou que a idade não representa obstáculo quando o querer fundamentado no dever-ser faz o bem-em-si transmutar-se no valor do bem da continuidade das gerações fixturas. Ao construir os pilares da ética da responsabilidade orientada ao fiituro, Jonas toma o temor da ameaça da tecnologia moderna e faz da esperança a condição de sua ação na busca de uma nova ética. Consegue afinal diante da indiferença em relação a vida e o excesso de poder da tecnologia que hoje prepondera na sociedade demonstrar que a responsabilidade é o cuidado reconhecido com dever, por outro ser. Para tanto propõe a ética da responsabilidade.

Hans Jonas Morreu! Mas, deixou a semente do “Sim à Vida” na esperança da ética da responsabilidade voltada ao futuro.

Sabe-se que mudar comportamento humano em relação a um ato já arraigado no cotidiano do ser humano ou na sua coletividade exigirá um enorme esforço, vontade de querer mudar, educação efetiva e continuada na busca da conscientização ecológica.

É importante enfatizar, pela última vez, que Hans Jonas¹ de maneira crítica e com uma visão da ética da responsabilidade pede que sejam adotados freios voluntários para diminuir esta devastadora destruição do meio ambiente, causada pelo próprio homem sobre a natureza, sua terra mãe. Por isso reforça a idéia que qualquer que fosse a forma e o conteúdo das éticas antigas anteriores, todas elas, diz Jonas, eram éticas do presente, da “contemporaneidade”. Hoje isso tudo mudou! Não devemos jogar com a sobrevivência da própria humanidade!

Contudo, Hans Jonas alerta que o caminho que leva a esta nova ética, a ética da responsabilidade, é longo e difícil (JONAS, 1995).

Para Pascual (1995, p. 11),

o princípio da responsabilidade é o melhor de todos os livros de Jonas, pois, para ele, o que importa é preservar a “imagem fiel” do homem. E, como ele mesmo disse: “Mantê-la incólume através dos perigos dos tempos, mais ainda, fíjente ao próprio trabalhar do homem, não é uma nova utopia, mas tão pouco é eticamente absoluto uma meta modesta da responsabilidade pelo futuro dos homens.

Finalmente, ressalta-se que para melhor visualização da totalidade da ética da responsabilidade, de Hans Jonas, a mesma deverá ser implementada no decorrer do processo concebido na pesquisa qualitativa hermenêutica-dialética.

7 METODOLOGIA

*Certifique-se de que colocou os pés no lugar certo e depois se mantenha firme.
Abraham Lincoln*

7.1 Abordagem da pesquisa qualitativa

Escolhido o tema de estudo, ressaltado a gravidade mundial da problemática, delineados os objetivos geral/específicos, passa-se, então, a etapa fundamental de um estudo científico, que é o desenho dos procedimentos metodológicos, tão importantes e necessários na marcha de uma investigação científica.

Porém, antes de entrar na área específica da metodologia da pesquisa abordada neste estudo, pretende-se fazer algumas considerações preliminares sobre as linhas de pensamento acerca da Pesquisa Qualitativa, concebidas por alguns pesquisadores estrangeiros (DENZIN; LINCOLN 1998, LOBIONDO; HARBER 1998) e brasileiros (DEMO 2000, GOLDENBERG 1999, MINAYO, 1999).

Conforme Minayo (1999, p. 10), “as *Metodologias de Pesquisa Qualitativas* devem ser entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do *SIGNIFICADO* e da *INTENCIONALIDADE* como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no advento quanto na sua transformação, como constrições humanas significativas”. Para ela, a metodologia é o caminho e o instrumental próprio de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Então, ressalta que a metodologia inclui as concepções teóricas da

abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Por outro lado, Demo (2000, p. 152) escreve que; “da parte das ciências sociais, existe o interesse em apanhar também o lado subjetivo dos fenômenos, buscando depoimentos que se transformam em dados relevantes, também oriundos de pessoas simples”.

De acordo com Minayo (1999), o termo pesquisa social tem uma carga histórica, assim como as teorias sociais, refletem posição frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados.

Sabe-se que os procedimentos metodológicos de uma pesquisa qualitativa são amplos, inovadores e que, por mais de duas décadas, esta metodologia revolucionária tem tomando lugar nas ciências sociais.

Goldenberg (2000, p. 19) busca, em Dilthey, que o método das ciências sociais “visa à compreensão interpretativa das experiências dos indivíduos dentro do contexto em que foram vivenciadas”.

Tradicionalmente, as ciências elegiam, preferencialmente, método de pesquisa quantitativo. Atualmente, em virtude do avanço técnico-científico e das novas concepções de ciência; em todas as áreas de conhecimento, os métodos de escolha podem ser tanto quantitativos como qualitativos ou, de forma combinada, empregar diferentes métodos, ou multimétodos, conciliando, assim, a característica qualitativa ao quantitativo.

São consideradas pesquisas qualitativas, por exemplo, pesquisa participante, pesquisa ação, pesquisa histórica, pesquisa etnometodológica, pesquisa fenomenológica e outras, cujos levantamentos de dados são feitos com entrevistas ou questionários abertos, diretamente gravados, que, como vemos, abrigam horizontes bastante heterogêneos. Em parte, definem-se como metodologias alternativas, porque buscam salvaguardar o que a metodologia dura dispensa, por não caber no método, sendo isso, por vezes, o mais importante na realidade (DEMO, 2000).

Para Goldenberg (2000), na pesquisa qualitativa, a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória, de sujeitos pessoas. E outros.

Denzin e Lincoln (1998) escrevem que a pesquisa qualitativa, como *um conjunto de práticas interpretativas*, não privilegia uma simples metodologia acima de qualquer outra. Ela é considerada um método aberto, alternativo, pois distintamente não é uma teoria ou paradigma.

Os instrumentos metodológicos da pesquisa qualitativa são diversificados e inovadores. Contudo, exige criatividade, disciplina, ética, organização, modéstia, espírito observador e crítico.

A singularidade extraída de cada momento vivido e compartilhada faz a diferença, e estas devem ser registradas, como também as vicissitudes exploratórias que emergem da pesquisa de campo são a moldura deste processo da investigação científica.

Conforme LoBiondo e Harber (1998, p. 216),

a enfermagem é ambas, ciência e arte. A Pesquisa Qualitativa combina a natureza científica e artística da enfermagem para intensificar o entendimento do significado da saúde na experiência humana. Em termos gerais, engloba uma variedade de fundamentos filosóficos e métodos científicos.

De acordo com Denzin e Lincoln (1994), a pesquisa qualitativa estuda coisas no seu local natural, tentando fazer senso ou interpretar o fenômeno em termos do significado pessoal, ou seja, o vivenciado pelo indivíduo.

Para Lobiondo e Harber (1998, p. 216), “o uso da abordagem qualitativa requer diferentes pontos de vista, diferentes atividades de pesquisa e, então, diferentes usos na abordagem da pesquisa qualitativa”.

A pesquisa qualitativa é particularmente bem adequada para o estudo da saúde na experiência humana, um ponto central da ciência da enfermagem. Uma vez que o método qualitativo foca toda experiência e significado humano atribuído à vivência dos indivíduos, estes métodos permitem amplo entendimento e profundo “insight” dentro da complexa conduta humana, que tanto pode ser obtido de observações ou de outros métodos lineares de percepções (LINCOLN, 1992).

Os estudiosos, por causa desses diferentes e múltiplos usos e significados do método da pesquisa qualitativa, encontram dificuldade em defini-la.

Assim, para melhor contextualizar as características atribuídas à pesquisa qualitativa, cita-se uma ampla definição, concebida por Nelson et al., (1992, *in* Denzin e Lincoln):

Pesquisa qualitativa é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e algumas vezes antidisciplinar. Ela analisa transversalmente as ciências físicas, humanas e sociais. A pesquisa qualitativa é muitas coisas ao mesmo tempo. Ela tem um foco multiparadigmático. Seus pesquisadores são sensíveis aos valores da abordagem do multimétodo. Eles têm confiança na perspectiva naturalista, e, para o entendimento interpretativo da experiência humana. Ao mesmo tempo, o campo é inerentemente político e formado por multiposições éticas e políticas. A pesquisa qualitativa abraça duas tensões ao mesmo tempo. Por um lado, é delineada por uma ampla sensibilidade crítica, interpretativa, posmoderna e feminista. Por outro lado, ela é delineada e definida mais restritamente nas concepções da experiência humana e nas suas análises” positivistas, pós-positivistas, humanistas e naturalista.

O problema deste estudo está direcionado, sobretudo, para O USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS, A ECOLOGIA DAS BACTÉRIAS-ANTIBIÓTICO-RESISTENTES ASSOCIADAS À PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR; CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE À LUZ DA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE DE HANS JONAS. Este fenômeno é constituído por múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos, logo é um processo complexo. A compreensão desta temática também contém, além das implicações de conhecimentos da área médica, outras implicações tais como: das sociológicas, filosóficas, éticas, políticas, culturais e econômicas. Concorde-se com Morin (1982), quando este diz que “*o ser humano não está apenas na sociedade; de acordo com a concepção hologramática, a sociedade também está nele; ele está possuído pelas estruturas políticas, econômicas, culturais e sociais*”. O objetivo deste trabalho, concebido dentro de uma pesquisa qualitativa, visa a entender os significados dos conhecimentos e das práticas dos profissionais de saúde na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar, à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas. Vista sob este ângulo, a problemática, acima citada, e os objetivos delineados contextualizam **questões de natureza social** (relação saúde/doença); **relações entre indivíduo e sociedade** (é um importante problema de Saúde Pública); **entre ação, estrutura e significados** (uso indiscriminado de antibióticos/bactérias-antibiótico-resistentes/controle da infecção hospitalar); **entre sujeito e objeto** (profissionais de saúde/pacientes e o medicamento, no caso, o antibiótico); **entre fato** (impacto mundial da resistência bacteriana); **entre realidade e a responsabilidade** do profissional de saúde “*sahef* da gravidade do uso indiscriminado de antibióticos, as consequências (positivas/negativas) ao aplicar corretamente ou não os conhecimentos teóricos na sua prática assistencial.

Tendo em vista que o tema específico deste estudo está contextualizado dentro dos parâmetros científicos e encontra-se inserido no estudo das ciências sociais em saúde, a

Pesquisa Qualitativa foia bússola norteadora, o caminho pelo qual se pretendem desenvolver as atividades inerentes à pesquisa de campo.

Assim, para poder interpretar tão complexo problema, este estudo procurou alicerçar a metodologia científica, usando os instrumentos diversificados oferecidos pela Pesquisa Qualitativa- Hermenêutica-Dialética.

De acordo com Minayo (1999), a Hermenêutica-Dialética apresenta-se como “*um caminho do pensamento*”, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia.

Qual é o significado de Hermenêutica? No dicionário de Filosofia de Giles (1993), a Hermenêutica, na filosofia social, é a investigação e a interpretação do comportamento, da fala e das instituições humanas à procura do seu significado.

Para Gadamer apud Minayo (1999, p.220), a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos; “ser que pode ser compreendido é linguagem”.

De acordo com Minayo (1999), como a fenomenologia, a hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia. A pesquisa hermenêutica também analisa os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação. A união da *hermenêutica* com a *dialética* faz com que o intérprete busque entender o *texto, a fala, o depoimento* como resultado de um processo social (trabalho) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos fiitos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esta pesquisadora, mais adiante, ressalta que o produto final (que compõe a fase metodológica da análise do material) é sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é a dança do concreto/abstrato, mas a sua compreensão jamais é contemplativa.

A pesquisa hemenêutica-dialética foi adotada como “fio condutor”, na investigação desta estudo qualitativo.

O conjunto de técnicas metodológicas que mediarão a Metodologia Qualitativa Hermenêutica-Dialética deste estudo são explicitados a seguir.

7.2 Desenho da metodologia dialética

É importante ressaltar que, para melhor viabilizar os objetivos formulados nesta tese, optou-se pela Metodologia Hermenêutica-Dialética referenciada por Minayo (1999), pois, para a autora, representa uma das principais tendências de interpretação numa pesquisa qualitativa. Ela considera essa metodologia como sendo a que melhor responde às necessidades metodológicas da pesquisa social, que se vinculam a teoria à prática, mormente no campo da saúde, onde a realidade apela de forma tão existencial e imediata.

A metodologia hermenêutica dialética possui três fases; Fase Exploratória da Pesquisa, Fase de trabalho de Campo, Fase de Análise ou Tratamento do Material.

7.2.1 Fase exploratória da pesquisa

A Fase Exploratória, contida na Metodologia Hermenêutica-Dialética, é o alicerce fundamental da pesquisa qualitativa. De acordo com Minayo (1999), a Fase Exploratória compreende a etapa de “*escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo*”. Nesta altura do trabalho, alguns destes elementos, acima elencados, já foram explicitados. Logo, neste momento, faz-se necessário ordená-los ou relacioná-los às etapas que formam a fase exploratória da pesquisa. Então, a seguir, descrevem-se as quatro etapas da fase exploratória já desenvolvidas neste trabalho, a saber: em relação à **etapa da escolha do tópico da investigação**, tem-se o uso indiscriminado de antibióticos no controle da infecção hospitalar e o impacto mundial na resistência bacteriana; para a **etapa de delimitação do problema**, aborda-se o uso indiscriminado de antibióticos, a ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar; a **etapa de definição do objeto** é constituída pela relação da infecção hospitalar com o uso de antibióticos e a seleção de amostras de bactérias resistentes; a **etapa de definição dos objetivos** é composta pelo Objetivo Geral: entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar, à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas e formada pelos Objetivos Específicos que são: interpretar os significados do conhecimento que os profissionais de saúde possuem em relação ao fenômeno da resistência bacteriana aos antibióticos; discutir com os profissionais de saúde o seu ponto de vista e o seu parecer teórico-prático sobre a emergência das bactérias-antibiótico-resistentes e seu impacto

na prática da saúde relativa ao controle da infecção hospitalar; refletir junto com os profissionais de saúde os aspectos éticos bioéticos, segundo o Princípio da Responsabilidade, concebido por Hans Jonas e sua relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar.

Ressaha-se que a *Ética da Responsabilidade* de Hans Jonas constitui a base da construção do Marco Teórico desta pesquisa.

Seguindo o pensamento de Minayo (1999), os instrumentos de coleta de dados e da Exploração do Campo são também etapas importantes na pesquisa qualitativa e essencial para o desenvolvimento desta.

A construção dos instrumentos de coleta da pesquisa, segundo Minayo (1999), em nível da pesquisa qualitativa, incorpora instrumentos de trabalho de campo: o *Roteiro de Entrevista*, os critérios para observação participantes e os itens para discussão de grupos focais, ressaltando-se que esta última etapa, por ser opcional, não fará parte deste estudo.

De acordo com o objeto e os objetivos, descritos neste estudo, a *Entrevista* dialogada foi a chave mestra da metodologia.

Para que a entrevista alcançasse sucesso e pudesse apreender a intencionalidade e entender os significados dos conhecimentos e das práticas dos profissionais de saúde na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática do controle da infecção hospitalar, dever-se-ia criar e construir um bom roteiro de entrevista.

Salienta-se que o roteiro de entrevista difere do sentido tradicional do questionário. Ele contém poucas questões e estas devem ser claras e conter a essência dos objetivos da pesquisa. Todavia, dado a complexidade da temática e a necessidade de explorar todos os diferentes aspectos apontados na fundamentação teórica filosófica, optou-se pela elaboração de diversas sub-questões, fazendo então uma exploração mais dirigida.

O **roteiro de entrevista** é um instrumento para proporcionar um “diálogo franco-aberto-participativo”, ou uma “conversa informal com finalidade pré-estabelecida”. O roteiro deve tomar a entrevista solta, descontraída e quanto possível prazerosa.

Dentro da metodologia deste trabalho, o *roteiro de entrevista* visará a apreender o ponto de vista, intencionalidade/significado, dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões-dentistas). Assim, na estruturação das perguntas que

compuseram o roteiro, buscaram-se os subsídios nos conteúdos dos objetivos que fundamentam esta pesquisa.

Para Minayo (1999, p. 100), prosseguindo ainda pela Fase Exploratória da pesquisa, pode-se ou não adotar um outro critério de avaliação, ao qual chama de *Observação Participante*. Assim, como esse instrumento é facultativo e desnecessário, optamos por não adotá-lo.

Ainda dentro da Fase Exploratória também emerge um outro momento denominado de *Exploração do Campo*.

Segundo Minayo (1999, p. 101), “a Exploração do Campo contempla as seguintes atividades: (a) escolha do espaço da pesquisa; (b) escolha do grupo de pesquisa; (c) estabelecimento dos critérios da amostragem; (d) estabelecimento de estratégia de entrada em campo”. Então, como forma de melhor organizar e realizar as atividades de campo deste estudo, optou-se em adotar as sugestões de Minayo, acima citadas. É importante lembrar de que cada atividade prática deveria estar adequadamente sintonizada ao delineamento do objeto teórico proposto.

Assim, a partir desta escolha, procurou-se definir alguns tópicos importantes que deveriam contemplar as atividades que compõem a *Exploração de Campo* desse trabalho tais como: (a) em relação à **escolha do espaço de pesquisa**: ressalta-se primeiramente que o número total de instituições hospitalares situadas, especificamente, na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, é de dez (10) hospitais. Destes, sete (7) são considerados hospitais de grande e/ou de médio porte, que oferecem as mais diversas e diferentes assistência médica e estes são: Hospital de Caridade (H.C.); Hospital Nereu Ramos (para pacientes com doenças respiratórias e infecto-contagiosas); Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), também chamado de Hospital dos Servidores Público; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital Universitário (HU) na Trindade, também chamado de Hospital Escola; e o Hospital Florianópolis, no Estreito. As duas (2) outras instituições hospitalares são maternidades, sendo que uma delas é a Maternidade Carmela Dutra e a outra, Maternidade Dr. Carlos Correia.

Deve-se lembrar que esta pesquisa qualitativa apresenta como objetivo geral *Entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar, a luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas*.

Então, sem perder de vistas o objeto de estudo deste trabalho, procedeu-se uma análise detalhada, destas instituições hospitalares localizadas em Florianópolis. Assim, a escolha do hospital deveria recair sobre aquele que melhor se adequasse, na prática, ao delineamento da pesquisa Qualitativa Hermenêutica-Dialética que norteia este trabalho. Logo, o hospital a ser escolhido deveria contemplar alguns pré-requisitos fundamentais como apresentar estrutura administrativa solidificada e bem delineada; oferecer, ao público em geral, diferentes atendimentos médicos, de enfermagem, de cirurgiões - dentistas, de bioquímicos, de farmacêuticos; possuir algumas unidades específicas (consideradas áreas de risco para infecção hospitalar) tais como: Centro Cirúrgicos, UTI, Clínica médica e cirúrgica, bem como a presença de infra-estrutura como Farmácia e Laboratório de Microbiologia ou de Análises Clínicas e ter uma Comissão de Controle Hospitalar (CCIH) creditada pelo Ministério da Saúde.

A escolha do espaço de pesquisa, entre as dez instituições hospitalares listadas anteriormente, foi o **Hospital Universitário** por ser um dos que melhor corresponde aos pré-requisitos, anteriormente estabelecidos e necessários para o desenvolvimento teórico-prático deste estudo. Cabe ainda ressaltar que este “espaço de pesquisa” também se destaca por outras características, que são peculiares a este tipo específico de instituição hospitalar, pois vejamos; (a) é o único Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina; (b) considerado Hospital Escola, isto é, os profissionais de saúde que nele trabalham (como os médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos e bioquímicos) na sua maioria são docentes da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); por ser um Hospital de Ensino, alunos dos cursos de graduação de medicina, de enfermagem, de odontologia, de farmácia-bioquímica da UFSC aprendem, nos estágios supervisionados (com professores da UFSC), a aplicar os conhecimentos teóricos, adquiridos em sala de aula, no atendimento ao paciente através da prática assistencial, que é a arte do cuidar/fazendo; (c) é um hospital geral de grande porte, atualmente, possui no total 268 leitos ativados; a assistência médica clínica e cirúrgica é gratuita (Sistema Único de Saúde, SUS); (d) possui consultórios médicos de diferentes especialidades; (e) tem uma área onde está instalada moderna e excelente biblioteca com livros, revistas e artigos médicos científicos diversos; (f) fomenta cursos de pós-graduação, estudos de caso, organiza cursos de atualização /reciclagem profissional, palestras e diferentes pesquisas são realizadas também neste Hospital Universitário.

Finalmente, para reforçar ainda mais a escolha do espaço físico deste estudo, destaca-se a notícia vinculada no jornal Diário Catarinense de 09 de junho de 2001, “**Hospital**

Universitário é o primeiro lugar em atendimento”. Conforme destaque do texto os pacientes atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, são os mais satisfeitos entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado. Este dado foi obtido através de uma pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde em todo o país. Dos 56 hospitais catarinenses retratados na pesquisa, o HU ficou em primeiro lugar, com nota 9,14. Entre os 283 hospitais da região sul do Brasil, o HU com a quarta melhor média e entre os 1.421 hospitais pesquisados no país ficou em 32º lugar. De acordo com o diretor do hospital, Dr. Fernando Machado, “a boa colocação é resultado do atendimento multidisciplinar. Seja qual for a doença, o paciente além receber a assistência médica e de enfermagem, recebe também atenção de nutricionistas, assistentes sociais, e psicólogos. Aqui não há distinção entre pacientes pela condição social, econômica ou religiosa, e que os médicos do HU prestam cerca de 10 mil atendimentos de emergência, fazem cerca de 12 mil consultas e cerca de 150 partos mensais”. A reportagem ressaltou que, nos itens pesquisados, as médias foram de 9,25 para a equipe médica, 9,13 para a maneira como o paciente foi atendido, 8,79 para a equipe de enfermagem e 8,54 para as instalações físicas. Pelo desempenho na pesquisa, o HU recebeu o prêmio Qualidade Hospitalar. O HU acumula outros prêmios, como o de **Amigo da Criança**, conferido pela UNICEF, **o troféu Galba de Araújo**, do Ministério da Saúde, e o **Top de Marketing 2000**, da ADVD/SC. O Laboratório de Análises Clínicas deste Hospital Escola é considerado, pelo Ministério da Saúde do Brasil, referência de patologia clínica do HIV, juntamente com o LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública).

Os dez melhores hospitais do Estado de Santa Catarina de acordo com a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2001) são: 1º Hospital Universitário, Florianópolis; 2º Hospital de Caridade São Braz, Porto União; 3º Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis; 4º Instituto de Cardiologia, São José; 6º Hospital Regional do Alto Vale, Rio do Sul; 7º Hospital Florianópolis, Florianópolis; 8º Hospital Nereu Ramos, Florianópolis; 9º Hospital Regional de São José, São José; 10º Hospital Municipal de Dionísio Cerqueira, Dionísio Cerqueira.

Assim, o Hospital Universitário (HU), localizado no bairro Trindade, dentro do Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis, foi o espaço físico de escolha deste estudo, pelas diferentes razões elencadas.

Continuando o raciocínio de Minayo (1999, p. 101), em relação à questão da **escolha do grupo de pesquisa**, pela relevância da problemática do estudo, evidente fica a participação ativa de profissionais de saúde, mais precisamente, médicos, enfermeiros, farmacêuticos.

bioquímicos, cirurgiões dentistas. Estes deveriam trabalhar na prática assistencial do Hospital Universitário, principalmente nas seguintes áreas ou unidades médicas tais como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, UTI, Clínica Médica e Cirúrgica, Farmácia e Laboratório de Microbiologia.

Em relação ao estabelecimento dos critérios de amostragem deste trabalho, a definição da população alvo ou dos *Atores Sociais* que deveriam participar deste estudo é de suma importância. Este critério foi estabelecido sob a ótica do aprofundamento e abrangência de interpretar os significados dos conhecimentos que os profissionais de saúde, que atuam naquelas áreas específicas do HU, possuem em relação ao fenômeno da resistência bacteriana aos antibióticos no controle da infecção hospitalar. Concorda-se com Minayo (1999, p. 102) quando ela afirma que “na pesquisa qualitativa, o seu critério de amostragem não é numérico”, e mais adiante ressalta: “podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. Assim, para se obter uma amostra ideal, solicitou-se ao Diretor administrativo do HU uma relação de nomes de todos os profissionais de saúde que trabalham naquelas unidades específicas já citadas. Uma vez de posse desta informação, fez-se uso do critério de sorteio nominal. De maneira geral, cada unidade que foi visitada é constituída principalmente de médicos e enfermeiros. Já nas unidades do Centro Cirúrgico, além destes dois profissionais encontraram-se os cirurgiões-dentistas. Já os farmacêuticos e bioquímicos estavam na Farmácia e no Laboratório de Microbiologia, respectivamente. A amostragem assim delineada é capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, pois ela privilegia não só diferentes unidades médicas com seus diferentes Atores Sociais, mas possibilita que cada um use de seus conhecimentos e aptidões únicos do cuidar/fazer na busca de melhor qualidade de vida de diferentes pacientes ou de pacientes com patologias diferentes. Lembrando que na pesquisa qualitativa o critério da amostra não é numérico, foram sorteados, no mínimo, três (3) médicos, três (3) enfermeiras, três (3) farmacêuticos, três (3) bioquímicos, três (3) cirurgiões-dentistas. Ressalta-se que em relação ao critério de amostragem referente a CCIH, por tratar-se de um setor responsável diretamente pela vigilância e prevenção e controle da infecção hospitalar (assunto central deste estudo), foram entrevistados todos os membros da comissão, chegando-se então a um total de 26 Atores Sociais.

Resumindo, destacam-se alguns critérios básicos que foram utilizados para compor a amostragem deste estudo: (a) o grupo social ou Atores Sociais mais relevantes para as entrevistas são os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões-dentistas

cuja prática assistencial deve ser realizada nas áreas específicas acima já mencionadas, do Hospital Universitário de Florianópolis / SC; (b) a entrevista foi a técnica usada no processo de trabalho de campo; (c) depois de realizados os sorteios nominais dos participantes, estes foram consultados, se concordariam ou não de serem entrevistados, receberam informações sobre o conteúdo e dos principais objetivos do estudo, da relevância da sua participação ativa neste processo de pesquisa. No caso, quando profissionais não concordaram em participar da pesquisa, foram feitos novos sorteios de outros nomes da listagem, assim, sucessivamente, até chegar ao número de três, conforme estabelecido na amostragem.. O Ator Social sorteado que deu o seu aceite foi informado da necessidade de assinar um formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), do uso do gravador, assegurando ao mesmo da garantia do sigilo quanto às informações, e quanto ao anonimato de sua identificação pessoal.

Adianta-se, que após a análise dos dados coletados, retomou-se às unidades específicas “espaço de trabalho” para que todos fossem informados dos resultados finais e conclusivos.

Minayo (1999, p. 103) ressalta que a fase exploratória termina formalmente com a entrada do investigador em campo. Para esta pesquisadora, uma vez realizada este importante passo metodológico da fase exploratória, busca-se determinar a *construção dos instrumentos desta pesquisa qualitativa*.

7.2.2 Fase de trabalho de campo

A *Fase de Trabalho de Campo* representou um momento bastante significativo para se testar, na prática, os instrumentos metodológicos.

Concorda-se com a idéia que o Trabalho de Campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa que, a rigor, não poderia ser pensada sem ele.

Para tanto, utilizou-se algumas das ferramentas metodológicas da pesquisa qualitativa concebidas por Minayo (1999).

Deste modo, o Instrumento de Trabalho de Campo escolhido para auxiliar este estudo foi a Entrevista dialogada que, para Minayo (1999), é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Ela considera que a *entrevista*, como instrumento de campo, deve ser o facilitador de abertura, de aplicação e de aprofundamento da comunicação entre pesquisador e os Atores Sociais envolvidos na pesquisa.

Por outro lado, a entrevista é reconhecida por Kakn e Cannel (1962) como uma “Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para o objeto de pesquisa e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Conforme Minayo (1999), mediante a entrevista podem ser obtidos dados de diferentes naturezas. Ela, também, como fonte de informação, pode fornecer dados secundários e primários tais como; fatos, idéias, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneira de atuar, conduta ou comportamento presentes ou futuros etc.

Segundo Marconi e Lakatos (1999), a entrevista é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

No contexto da problemática deste estudo, *Entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar, á luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas*, a Entrevista dialogada foi a ferramenta chave do processo metodológico de campo, pois ela teve como objetivo principal captar os significados do conjunto de informações dos entrevistados (profissionais de saúde), que foram “a posteriori” checados e analisados, conforme os objetivos (geral e específicos) que norteiam este trabalho. Sabe-se que, durante a preparação do conteúdo da entrevista, esta requer do investigador muita habilidade e criatividade.

Minayo (1999) afirma que,

“pela entrevista, o investigador pode obter dados tais como; os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. São informações em nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar de “subjetivos” que só podem ser conseguidos com a contribuição dos Atores Sociais envolvidos.

Quanto ao aspecto estrutural da entrevista, podem-se adotar dois tipos diferentes e com características específicas; a) *entrevista semi-estruturada*, a que foi utilizada neste estudo, e que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador e sim exploradas pelo dialogo, discussão e reflexão sobre a problemática de estudo, seus aspectos constitutivos, b) *entrevista aberta (não estruturada)*, quando o informante discorre livremente sobre o tema que lhe é proposto.

A entrevista ocorreu de forma bastante dialogada, perpassando por momentos ímpares, singulares e, portanto, as respostas foram anotadas e gravadas no momento da entrevista, para se obter maior fidelidade e veracidade das informações. As discussões e as reflexões sobre a problemática da pesquisa que surgiram durante as entrevistas também foram registradas na hora com o auxílio do *diário de campo* para o registro das informações complementares.

O gravador e o diário de campo constituíram as principais ferramentas da entrevista, para a captação e registro dos depoimentos dos “Atores Sociais”.

Os passos da pesquisa e a postura adotada, por esta doutoranda, durante o processo que compõe a Fase de Trabalho de Campo, foram de respeito ao sigilo das respostas dos profissionais e os aspectos éticos. Também foram contatados com certa antecedência os diretores ou chefias das unidades hospitalares escolhidas para campo de pesquisa, a fim de explicar o objetivo do trabalho e a importância e necessidade do “aceite” para se prosseguir o estudo em pauta.

Seguindo as instruções de pesquisadores envolvidos com pesquisa qualitativa (Demo, Denzin e Lincoln, Marcini e Lakatos, Minayo), deve-se experimentar o instrumento de pesquisa antes de sua utilização definitiva. Assim, testou-se a entrevista com antecedência, junto a um pequeno grupo de profissionais de saúde (um médico, um enfermeiro e um cirurgião-dentista) para se certificar se os dados analisados evidenciaram falhas.

Para Minayo (1999), a premissa básica é de que entrevista não seja simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

A preparação da entrevista foi uma etapa importante e requereu tempo e exigiu algumas medidas, conforme discussão mais adiante (7.3.1).

7.2.3 Fase de análise

Essa fase, como alertam determinados estudiosos (MINAYO, 1999; FONTANA; FREY, 1998) consiste numa tarefa muito mais árdua do que pode parecer a princípio.

Segundo Fontana e Frey (1998, p.47), “a formulação de perguntas e a obtenção de respostas colhidas na entrevista/gravada (ferramenta metodológica deste estudo) sempre têm um resíduo de ambigüidade, não importando o grau do cuidado com que se formularam as

perguntas e se registram ou se codificam as respostas. Todavia, para esses mesmos pesquisadores, “o ato de entrevistar é uma das maneiras mais comuns e poderosas que se usa para tentar entender nossos próximos”.

Minayo (1999) enfatiza que a análise de conteúdo obtido de uma pesquisa qualitativa está sujeita a muitos obstáculos. Então ela ressalta que uma análise do material recolhido busca atingir a três objetivos: 1- *ultrapassagem da incerteza*, o que eu percebo, na mensagem, está lá realmente contido? Minha leitura será válida e generalizável? 2- *enriquecimento da leitura*: como ultrapassar o olhar imediato e espontâneo e já fecundo em si para atingir a compreensão de significações, a descoberta de conteúdo e estruturas latentes? 3- *integração das descobertas* que vão além da aparência, num Quadro de referência da totalidade social no qual as mensagens se inserem.

Esta mesma pesquisadora ainda comenta que, em outras palavras, a *análise do material* possui três finalidades complementares dentro da proposta de investigação social: a) a primeira é *heurística*, isto é, insere-se no contexto de descoberta das pesquisas. Propõe-se a uma atitude de busca a partir do próprio material coletado; b) a segunda é de “administração de provas” que parte de hipóteses provisórias (dança do abstrato/concreto), informa-as, ou as confirma e levanta outras; c) a terceira é a de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens. A esta se segue a análise final (dança entre concreto/abstrato) com produto final, geralmente, provisório. É o “**caminho do pensamento**” da metodologia hermenêutica-dialética.

A intenção, a seguir, é discutir, passo a passo, cada momento acima descrito, para que haja uma perfeita integração dessa fase com todas as demais etapas do processo metodológico que norteiam este trabalho.

7.2.3.1 Análise hermenêutica-dialética

Minayo (1999) considera importante trazer para o âmbito dessa fase do tratamento de material a reflexão sobre a análise hermenêutica-dialética. Esta técnica foi proposta por Habermas no seu diálogo acadêmico com Gadamer, como uma metodologia de abordagem da comunicação, a hermenêutica-dialética supera o formalismo das análises de conteúdo e do discurso, indicando “um caminho do pensamento”..

Habermas adverte que a Hermenêutica-Dialética não determina técnicas de tratamento de dados e sim a sua autocompreensão (MINAYO, 1999, p.219).

É neste sentido que tomamos, aqui, a análise hermenêutica-dialética, isto é, como bússola no “caminho do pensamento”. Logo, como forma de alcançar a objetividade desse estudo, que propõe “a entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar, à luz da ética da responsabilidade”, a análise hermenêutica-dialética é o método de escolha para o tratamento e da autocompreensão do material recolhido no campo.

Diferentemente da “análise de Conteúdo” e da “Análise do discurso” que se coloca como uma tecnologia de interpretação de textos, e, como já colocado anteriormente, a *Hermenêutica-Dialética* se apresenta como um “caminho do pensamento”, como via de encontro entre ciência social e a filosofia. Auxilia nas discussões sobre métodos nas Ciências Sociais, é uma forma de conseguir objetividade e de abordar a práxis (MINAYO, 1999).

A hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas desse mundo do dia-a-dia. A pesquisa hermenêutica também analisa os dados da realidade, tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação.

Já, em relação a dialética, Habermas faz a seguinte observação; “a razão humana possui uma força transcendental que se exerce na crítica e consegue ultrapassar os pré-conceitos. A mesma razão que compreende esclarece e reúne, também, contesta e discorda” (MINAYO, 1999, p. 224).

Segundo Minayo (1999, p.226), “Habermas reconhece a possibilidade de um encontro fecundo entre Hermenêutica e a Dialética, em primeiro lugar no seu ponto de partida: O HOMEM, Em ambas, o objeto de análise é a práxis social e o sentido que buscam é a afirmação ético-político do pensamento”.

Mais adiante, esta mesma autora (1999, p.27-28) evidencia que “a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o *texto*, a *fala*, o *depoimento* como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos fiados de múltiplas determinações, mas com significados específicos. Esse *texto* é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, em que o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto

ético-político em que o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais”.

Minayo (1999, p.222) destaca com muita propriedade um momento da análise hermenêutica-dialética chamada de

Caminho da Tarefa Interpretativa, a qual é constituída das seguintes etapas: (a) Diferenciar a compreensão do contexto da comunicação, da compreensão do contexto do próprio pesquisador; (b) Para isso, explorar e deduzir as definições de situação que o texto transmitido permite, a partir do mundo da vida do autor e de seu grupo social, Esse mundo da cotidianidade é o horizonte, o parâmetro do processo de entendimento do contexto com o qual seus contemporâneos e interlocutores concordam ou discordam sobre algo, num único mundo objetivo, num mundo social comum, num mundo de intersubjetividades; (c) O pesquisador ao analisar pode pressupor que compartilha com o autor suas preferências formais à vida social. A partir daí busca entender porque o sujeito da fala acredita em determinada situação social, valoriza determinadas normas e atribui determinadas ações ou responsabilidades a certos Atores Sociais. Em resumo, busca entender porque o autor do texto o apresenta dessa forma e não de outra.

Segundo Minayo pode-se afirmar que a hermenêutica busca a compreensão do texto nele mesmo “entender-se na coisa”. Ela também é constituída pela etapa denominada de caminho da interpretação de dados.

7.2.3.2 Caminho da interpretação de dados

Este momento interpretativo representa o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação.

Os textos, oriundos das falas gravadas durante a entrevista, são os elementos fundamentais e imprescindíveis para a sedimentação deste caminho interpretativo. Pois, como comenta Minayo (1999 p.233): “esses textos têm uma significação particular e um papel revelador do todo”.

De acordo com Minayo (1999, p.233), “a interpretação exige elaboração de *Categorias Analíticas* capazes de desvendar as relações essenciais, mas também de *Categorias Empíricas e Operacionais* capazes de captar as contradições do nível empírico em questão”.

A busca da interpretação de dados deve considerar; (1) as comunicações individuais (entrevista); (2) observações de condutas relativas ao comportamento desses Atores Sociais frente às questões contidas no roteiro da entrevista (anotadas no diário de campo). Depois, o investigador deve observar e colocar em prática os passos descritos a seguir:

1º) Ordenação dos dados; que engloba tanto a entrevista como o conjunto do material de observação referentes ao tema de estudo. Essa etapa inclui: (a) transcrição de fitas cassetes; (b) releitura do material; c) organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação; d) a organização dos dados de observação também em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. Essa fase dá ao pesquisador um mapa horizontal de suas descobertas.

2º) Classificação dos dados; não é o campo que traz o dado, na medida que o dado não é “dado”, é “construído”. É fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo incluso de perguntas suscitadas pelo Quadro empírico às referências teóricas do investigador. O momento classificatório compõe-se das seguintes etapas: (a) Leitura exhaustiva e repetitiva dos textos, prolongando uma relação interrogativa com eles. Esse exercício permite apreender as estruturas de relevância dos Atores Sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves de sua existência sobre o tema em foco, que nesse trabalho é *Entender os significados dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde ao mo indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes à problemática da infecção hospitalar, à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas*. Essa atividade ajuda o pesquisador, processualmente, a estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas, (b) Constituição de um “Corpus” de comunicação, se o conjunto das informações não é homogêneo. Segundo Minayo (1999, p.229), o significado de *Corpus*, no contexto da análise hermenêutica-dialética, é visto como um conjunto sistematizado e fixo, privilegiando-se tudo o que pode se constituir em sistema de signos a serem decifrados. De acordo com Minayo (p.236), nesse momento, surge a necessidade de se fazer uma “leitura transversal” de cada corpo. Recorta-se cada entrevista de “unidades de registro” a serem referenciadas por *tópicos* de informação ou por *temas*. Em geral, a primeira classificação, ainda grosseira, é elaborada como em *gavetas*, onde cada assunto, tópico ou tema é cuidadosamente separado, organizado e guardado. Para Minayo (1999, p.236), deve-se, em seguida, proceder um “enxugamento” da classificação por temas mais relevantes que podem surgir tanto para a comprovação de hipóteses como material exploratório de campo. A mesma pesquisadora propõe que, “num processo de aprofundamento da análise, a relevância de algum tema, uma vez determinado (a partir da elaboração teórica e da evidencia dos dados), permite refazer e refinar o movimento classificatório. As múltiplas gavetas serão reagrupadas em tomo de categorias centrais.

concatenando-as numa lógica unificadora” (Minayo, 1999, p.236). 3º) Análise Final; esta terceira etapa constitui um momento ímpar, é o momento “a sós” do investigador. É a etapa em que ele de posse de todo o material coletado, devidamente recortado, classificado e analisado nas duas fases anteriores, se vê frente-a-fi^ente com o objeto de seu trabalho.

Assim, com muito cuidado, faz-se uma análise final dos dados obtidos, procurando apreender das falas dos Atores Sociais, aquelas cujos significados desvelados representam uma vinculação estratégica com a realidade de suas respectivas práxis. Esses significados obtidos, pela Análise Hermenêutica-Dialética, devem ajudar a “entender os significados dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos e a ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes, associadas à problemática da Infecção hospitalar, á luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas”.

Sabe-se, de acordo com Minayo (1999), que o produto final e sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado. Mais adiante, ela também comenta que a fala e o comportamento dos Atores Sociais relativas a temas éticos-sócio-políticos trazem consigo uma significação profunda que a época histórica e sua pertinência a uma classe lhes emprestam. Assim, a partir deste momento, importa arregaçar as mangas, percorrer “o caminho do pensamento”, fazer do diálogo/entrevista “a ponte” de compreensão do sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido.

7.3 Contextualizando a fase de trabalho de campo

7.3.1 O Significado de conhecimento teórico/prático e ética da responsabilidade

Antes de serem abordados os estágios que palmilharam o “caminho do pensamento” é de bom alvitre deixar especificado os conceitos referentes aos termos conhecimento teórico, conhecimento prático e ética da responsabilidade que fazem parte dos objetivos gerais e específicos deste estudo.

A epistemologia possui um conjunto de conhecimentos que, ao longo da historicidade do desenvolvimento humano, vem sofrendo adaptações, transformações e mudanças em termos da interação ontológica, econômico, político, ecológico, espiritual, filosófica e sócio cultural na dinâmica entre o sujeito que conhece e o objeto conhecido. Ele se expande e se

modifica, à medida que surgem novos conhecimentos e quando novas tecnologias são introduzidas na sociedade.

Na Grécia antiga, o conhecimento já era formulado por alguns filósofos. Para Aristóteles, o conhecimento divide-se em: a) **Teórico**, o conhecimento que se procura para si próprio, por exemplo, a Metafísica e a Física, b) **Prático**, o conhecimento que se procura visando à ação, por exemplo, a Ética e a Política, c) **Produtivo**, o conhecimento que se procura para fazer, produzir ou criar algo, por exemplo, a poesia e a retórica. Para este filósofo, todo conhecimento orienta-se a partir da experiência da percepção. Auxiliado pela razão, alcança as conexões necessárias entre as formas dos objetos particulares experimentados (GILES, 1993, p.24).

Para Kant, no século XVIII, todo conhecimento se relaciona, refere-se a experiência, mas não é todo o conhecimento que deriva da experiência. No entanto, para ser inteligível, tudo o que se experimenta deve organizar-se em termos das estruturas fundamentais do pensamento. É o conhecimento *a priori* que torna a experiência inteligível, pois fornece as estruturas dentro das quais a experiência deve se organizar, para que seja objetivamente real e não apenas o produto da fantasia ou da imaginação (GD1.ES, 1993, p.24).

No século XXI, fi-ente aos desafios gerados pelas ameaças da tecnologia moderna, a sociedade contemporânea incorpora ao conhecimento outros fatores, como a da visão holística-ecológica, que estão intrinsecamente ligadas às novas obrigações de prevenção, preservação e responsabilidade com o futuro de nossos descendentes.

Zancanaro (2000, p.312) destaca

que a situação, gerada pela tecnologia moderna, mostra que estamos inseridos na ditadura tecnológica de poder tudo e numa ausência de limites, tanto na esfera do conhecimento como do consumo. Para o contemporâneo Hans Jonas (1995), existem dois tipos de conhecimento: primeiro é o prático e orientado para o controle e a manutenção. O segundo, para meditação e reflexão. Tal distinção necessita ser realizada no âmbito da ciência, à medida que alguns cientistas poderiam dizer: não deve haver limites ao conhecimento científico.

Conforme Morin (2000, p. 3 5),

o conhecimento do mundo, como mundo, é necessidade ao mesmo tempo intelectual e vital. Enfatiza este autor que a compreensão é ao mesmo tempo meio e fim da comunicação humana. O planeta necessita, em todos os sentidos, de compreensões mútuas. Dada a importância da educação para a compreensão, em todos os níveis educativos e em todas as idades, o desenvolvimento da compreensão necessita de reforma planetária das mentalidades; esta deve ser a tarefa educação do futuro.

Segundo Chinn e Kramer (1999), para se falar de conhecimento, deve-se, em primeiro lugar, possuir uma idéia geral de compreensão. A compreensão é o modo de perceber “o eu e o mundo”. Compreensão é um processo contínuo, ontológico, dinâmico. Conhecimento é o termo referente à compreensão, que se encontra numa forma que pode ser compartilhada ou comungada com os outros. O conhecimento é uma representação intelectual da compreensão que é julgada coletivamente de acordo com os padrões e critérios compartilhados no interior de uma comunidade.

Assim, pode-se dizer que conhecimento teórico é o conjunto complexo de informações intelectuais, políticas, econômicas, ecológicas, espirituais e sócio culturais que se adquirem historicamente pela compreensão ontológica, dinâmica e interativa do processo de desenvolvimento humano.

Conhecimento teórico pode também significar aquele que busca, pela sua consciência, utilizar razão para compreender e apreender o significado do objeto conhecido ou do objeto a ser desvelado. É um exercício intelectual, em que um conjunto de interações cognitivas são ativadas para melhor conceber o objeto estudado ou trabalhado.

Conhecimento prático, de acordo com Minayo (1999, p.23), “trata de um imbricamento entre habilidades do produto, sua experiência e seu rigor científico”.

Acredita-se que conhecimento prático é o conjunto de ações ou a aquisição de habilidades. Ele é derivado de experiências teóricas, de métodos experimentais e esforços práticos. Pode-se também completar dizendo que conhecimento prático é o exercício da ação do conhecimento teórico concretizado no fazer-trabalhar, no agir-concretizar ou é o conhecimento teórico, substanciado no exercício da prática cotidiana do viver/trabalho.

A Ética da Responsabilidade, segundo Hans Jonas (1995, p.9), “é a ética orientada ao futuro. Isto não quer dizer que ela deve ser praticada pelos homens do futuro. Ao contrário, é uma ética que deve ser regida principalmente para os homens de hoje. Uma ética atual que cuide de proteger os nossos descendentes das consequências de nossas ações presentes”

Para Jonas (1995, p.32).

a técnica moderna tem introduzido ações de magnitude tão diferentes, com objetos e consequências tão inovadoras, que o marco da ética anterior (antropocêntrica) não pode abarcá-las. Todavia, ele ressalta que certamente os velhos preceitos da ética “próxima” (ética tradicional), como os de justiça, caridade e honradez, seguem vigentes em sua proximidade íntima para a esfera diária, próxima, dos efeitos humanos recíprocos. Mas esta esfera toma-se eclipsada por um crescente alcance do trabalho coletivo, na qual o agente, a ação e o efeito não são já os mesmos que na

esfera próxima e que pela enormidade de suas forças, impõem à ética uma dimensão nova, nunca antes soraiada, de responsabilidade.

Então, uma vez conceituados os termos acima mencionados, dá-se prosseguimento à contextualização da fase de trabalho de campo, mais especificamente aos momentos interativos da entrevista.

7.3.2 Entrevista: a escolha do instrumento metodológico

Em princípio, considera-se que os profissionais de saúde partícipes deste trabalho, por possuírem formação superior, têm condições intelectuais para expressarem suas opiniões acerca dos principais tópicos que constituem o cerne da problemática que alavanca este estudo.

A entrevista, como instrumento de coleta de dados, consegue fomentar o diálogo ou a conversação entre pesquisador e o pesquisado, por isso ela constituiu o instrumento desta investigação.

Sabe-se que as informações obtidas, através de uma entrevista, podem conter o que o ator social deseja realmente revelar ou o que ele pretende ocultar ou a imagem que quer projetar de si mesmo e de outros. Contudo, mesmo sabendo-se destas interferências causais, na pesquisa qualitativa à entrevista é considerada uma ótima opção metodológica. Por outro lado, à entrevista apresenta algumas vantagens como a maior flexibilidade para se obter a opinião desejada, proporciona um clima descontraído e de confiança quando realizada face a face. Outra vantagem da entrevista é que a mesma pode ser gravada. O uso do gravador possibilita apreender, na íntegra, não só a conversa, mas o que foi “dito” e o “não dito”. A entrevista semi-estruturada foi o instrumento de escolha para mediar o trabalho de campo.

7.3.3 Construindo o roteiro da entrevista dialogada

Inicialmente, o roteiro da entrevista foi construído com apenas dez tópicos (p.31). Este modelo foi aplicado como pré-teste entre três profissionais de saúde (um médico, um enfermeiro e um cirurgião dentista). Contudo, logo após a transcrição e análise dos dados coletados e, em virtude da magnitude e complexidade do problema abordado, sentiu-se a necessidade de desmembrar os tópicos originais em outros para que a entrevista pudesse fluir com mais clareza e pudesse captar mais fielmente as “falas” dos atores sociais. Então, durante duas semanas a atenção desta doutoranda foi estudar e re-elaborar o conteúdo da nova

entrevista. Num mergulho arrojado, acabou-se por construir um roteiro, contendo 56 tópicos. Os novos tópicos que iam emergindo estavam sempre atrelados aos objetivos, a que se propunha discutir e refletir junto com os profissionais de saúde, e a dimensão da problemática do tema em foco; entender os significados dos conhecimentos e das práticas dos profissionais de saúde, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos, resistência bacteriana e a infecção hospitalar”.

7.3.4 Descrevendo os passos da fase de campo

A fase de coleta de material ocorreu entre os meses de dezembro de 2001 a janeiro de 2002. Durante este período foram entrevistados 26 profissionais de saúde (sete médicos, 10 enfermeiros, três farmacêuticos, três bioquímicos, três cirurgiões dentistas).

O primeiro passo constituiu-se da apresentação da proposta deste trabalho ao excelentíssimo Diretor Geral do HU, o médico Dr. Fernando Machado, que gentilmente concedeu a autorização e assinou o documento de livre consentimento. Foi deixada em sua mão cópia deste trabalho.

O segundo momento foi buscar junto aos setores competentes a listagem dos médicos, enfermeiros (especificamente aqueles que trabalhavam nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e UTI, CCIH), farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões dentistas, todos do HU.

Uma vez de posse da relação dos profissionais de saúde, o terceiro passo foi excluir-se da relação os nomes daqueles profissionais que se encontravam de férias, afastados ou em licença médica. Contudo, ao constatar-se que o número de profissionais de saúde disponíveis no CCIH e na Farmácia eram somente de três em cada unidade, optou-se por adotar este número para as outras unidades. Entretanto, o número de médicos e enfermeiros nas unidades a serem pesquisadas foi, sempre superior a três. Finalmente, o total de Atores Sociais sorteados foi 29.

O quarto passo representou o momento dos primeiros contatos com os atores sociais sorteados. Inicialmente, checkou-se o horário e o local específico de trabalho de cada um. Assim, em dias subseqüentes (levou-se praticamente quatro dias para falar com todos os atores sociais), 26 atores sociais foram contatados nas próprias unidades de trabalho e outros três, por telefone. Desta maneira, chegava-se nas unidades, procurava-se a chefia de enfermagem e se fazia à apresentação formal do projeto e, em seguida, passava-se a

localização dos Atores Sociais da unidade. Ao fazer contato com o Ator Social localizado, fazia-se a apresentação formal para o mesmo do projeto, explicando-lhe a finalidade e o objetivo do trabalho, a sua relevância e a importância da participação ou colaboração de cada um como partícipe deste estudo. Os atores sociais também eram informados sobre o aspecto sigiloso da entrevista, ou seja, era-lhes assegurado o caráter confidencial de suas informações. A partir do momento quando se obtinha uma resposta positiva, imediatamente, agendava-se com o mesmo o dia e o horário mais conveniente para a entrevista.

Dos 29 profissionais de saúde sorteados, três médicos não quiseram participar, alegando motivos particulares. E, lastimavelmente, por um defeito de gravação de uma fita cassete, uma enfermeira foi excluída. Como referido no início deste estudo, os Atores Sociais que não quisessem participar não seriam substituídos por outros, assim à amostra final ficou constituída por 25 sujeitos.

O quinto passo foi caracterizado pela abordagem da entrevista. Ela foi realizada no local de trabalho dos atores sociais, em sala reservada para estudos ou reuniões. Com exceção dos médicos cirurgiões em que a entrevista ocorreu em uma sala reservada junto à secretaria de administração da unidade de Clínica cirúrgica, no quarto andar do HU. A entrevista semi-estruturada era guiada pelos seguintes tópicos norteadores; infecção hospitalar, lavagem das mãos, uso indiscriminado de antibióticos, resistência bacteriana, ética da responsabilidade.

Antes do início da entrevista, entregava-se ao ator social, para ler e assinar o documento de livre consentimento, como também um questionário, contendo dados referentes à profissão, local de trabalho, nome hospital, idade, ano de graduação, especialização e/ ou pós-graduação (Anexo II). Aproveitou-se este momento para testar o gravador, no intuito de evitar falhas técnicas. O tempo das entrevistas gravadas, geralmente, ficou em torno de cinquenta e cinco minutos à uma hora. Durante este intercâmbio verbal face-a-face, os atores sociais mostraram-se gentis, tranquilos e participativos, ocorrendo um diálogo efetivo com reflexões expressivas para o alcance dos objetivos deste estudo. Destaca-se que todos os atores sociais agendados compareceram às entrevistas e todos foram bastante simpáticos e receptivos. Em nenhum momento, da entrevista, demonstraram cansaço ou desânimo, ao contrário, eles mantiveram uma postura profissional bastante sociável e agradável. Ao término da entrevista, em ambiente de cordialidade, todos agradeceram e expressaram o quanto gostaram de terem participado deste estudo. Todas as entrevistas foram identificadas com o nome do ator social, colocadas em pastas individuais e guardadas em um arquivo, sendo que a cada nome, por ordem cronológica das entrevistas, foram identificadas pelo número correspondente ao sorteio

dos 29 Atores Sociais iniciais já citados. Após este último passo, dá-se o início da transcrição das fitas que foi realizada em 15 dias.

7.4 Caminho da interpretação de dados

Neste trabalho, a fase da análise representou, no “caminho do pensamento”, aquele momento onde toda a percepção, os cinco sentidos, desta investigadora, aflorou numa dinamicidade entre o sensível/razão/sensibilidade/reflexão-crítica. Foi o momento crucial, em que toda a atenção estava dirigida exclusivamente para a leitura reflexiva das “falas” coletadas na fase de campo. Momento em que se buscou, mais uma vez, o respaldo da metodologia Hermenêutica-Dialética, para auxiliar na interpretação do significado de cada relato dos Atores Sociais, sobre os tópicos abordado. É na busca da compreensão do sentido, segundo Gadamer apud Minayo (1999), que se dá na comunicação entre seres humanos, “ser que pode ser compreendido é linguagem”. Então, de cada “fala”, foi extraído o seu “núcleo central” e em seguida este era imediatamente incorporado aos demais, construindo assim, a visão do todo. A partir desse momento, o conjunto dos relatos era analisado no contexto do *“entender o significado dos conhecimentos e das práticas de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar sob à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas”*.

Na busca da unidade perdida, surgiu a “dança dialética” da identidade da semelhança/oposição, do certo/errado, do revelar/ocultar, do apreender/emergir novos conhecimentos cujo compasso foi regido pela interpretação crítica-reflexiva/ transformadora e vice-versa, que firmou a imbricação entre método e o objeto do estudo.

Para dar uma visão geral desta fase de análise, optou-se unir a análise à discussão de dados, simultaneamente, empregava-se também citações de Atores Sociais que validavam ou não as suas declarações como uma maneira de proporcionar uma interpretação aproximada da realidade investigada.

A seguir, descreve-se cada passo realizado durante a fase da análise dos dados:

7.4.1 Ordenação dos dados

O material contido nas fitas foi organizado em etapas distintas, seguindo suas próprias características. Assim, a ordenação dos dados foi constituída pelas seguintes etapas: a) primeiro realizou-se, durante vinte dias, a transcrição de fitas cassetes e as compilações das mesmas; b) releitura do material, levava-se quase uma hora para ler cada entrevista transcrita, pois a leitura exigiu atenção redobrada para o todo como para cada “fala”; c) no passo seguinte, foi dado início da organização dos relatos em determinada ordem: nesta etapa, as manifestações de cada ator social sobre um determinado tópico foram agrupadas para facilitar a análise. Este momento metodológico foi bastante exaustivo, consumindo, aproximadamente, mais de duas semanas desta pesquisadora. Todavia, esta fase dá uma visão global das descobertas no campo. A seguir relatam-se as etapas que construíram o caminho da interpretação dos dados, também chamada fase de análise.

7.4.2 Classificação dos dados: estabelecendo categorias

As categorias foram estabelecidas a partir do conteúdo geral da entrevista e elas representam os temas e sub temas das principais idéias aglutinadas pela interpretação das “falas” ou unidades de significados”.

A partir dos relatos organizados procedeu-se a leitura para identificar as subcategorias que ficaram assim classificadas: 1) infecção hospitalar, 2) uso indiscriminado de antibióticos; 3) resistência bacteriana; 4) lavagem das mãos, 5) controle de infecção hospitalar, 6) CCIH; 7) temor; 8) esperança 9) responsabilidade 10) uso prudente de antibióticos, resultando nas três categorias analíticas: conhecimento teórico, conhecimento prático e ética da responsabilidade.

Assim, o material ordenado em categorias e subcategorias e unidades de significados, foi fichado em Quadros a partir dos quais se procedeu a análise e discussão dos dados

A seguir apresenta-se o quadro síntese das diferentes fases da Pesquisa Hermenêutica-Dialética adaptada á pesquisa em questão.

Representação Diagramática das Diferentes Fases da Pesquisa Hermenêutica - Dialética

OBJETIVO: ENTENDER OS SIGNIFICADOS DOS CONHECIMENTOS E DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS NA ECOLOGIA DAS BACTÉRIAS-ANTIBIÓTICO-RESISTENTES ASSOCIADAS À PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR, À LUZ DA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE, DE HANS JONAS.

INÍCIO:

1ª Fase - Laboratório da Pesquisa:

- Busca e Organização dos Fundamentos Teórico/Prático
- Escolha dos Métodos e dos Instrumentos Metodológicos.
- * Pesquisa Qualitativa Hermenêutica - Dialética
- Preparação Roteiro de Entrevista Dialógica / Semi-estruturada
- Questionário

REALIDADE EMPÍRICA

PONTO DE PARTIDA ESTRATÉGIA DE ENTRADA:

2ª Fase - Trabalho de Campo:

- Aplicação Pré-teste (Entrevista)
- Visita e apresentação Preliminar Hospital Universitário (HU) Epilís/SC
- Aplicação Definitiva das Entrevistas com os Profissionais de Saúde
- Instrumento metodológico-gravador
- Interação pesquisador / Atores Sociais no Campo

C Dança entre ABSTRATO/ CONCRETO

Intencionalidade Significado

C Situação Interação

3ª Fase de análise do material:

- Interpretação dos significados das "falas"
- Análise de conteúdo
- Exploração dos conteúdos
- Exploração dos conteúdos
- Leitura do material
- Análise do Discurso

Ultrapassagem da incerteza

Enriquecimento da leitura das FAIXAS

Integração da descobertas

OBJETIVO ALCANÇADO?

NÃO

SIM

Produto final sempre provisório

PONTO DE CHEGADA [Real concreto]

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS
"SIGNIFICADO DAS PALAVRAS"

- Conhecimentos Emergidos
- Contradições Observadas
- Abrindo a Caixa de Pandora
- Princípios Orientadores
- Uso Indiscriminado de Antibióticos: Novo Referencial Teórico / Filosófico
- Recomendações
- Pilares do Conhecimento teórico
- Considerações finais

C Dança entre Concreto / abstrato

CONCRETO PENSADO / SIGNIFICADO ANALISADO

Hermenêutica Dialética "Caminho do Pensamento"

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A interpretação do material colhido, além de superar a dicotomia objetiva *versus* subjetividade, exterioridade *versus* interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos (MINAYO, 1999, p.237).

Após o início do processo da elaboração, organização e identificação das categorias, subcategorias e unidades de significados do material coletado junto aos Atores Sociais, chega-se a fase de análise propriamente dita. As etapas anteriores, previamente, depuraram e fizeram uma inflexão sobre o conjunto dos dados empíricos (“falas” dos Atores Sociais) que representa assim o ponto de partida e de o ponto de chegada “do caminho do pensamento” da hermenêutica dialética. Finalmente, agora, é o momento concreto da interpretação dos dados, cujo material escrito necessita ser cuidadosamente analisado e discutido. É a fase que segundo Minayo (1999), representa o ponto de chegada da interpretação dos dados. É, como já foi dito, o movimento ondulatório que se eleva do empírico para o teórico, é a dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, é “o verdadeiro movimento dialético visando o concreto pensado” (MINAYO, 1999, p.236).

A fase da análise ajudou-me mesmo tempo, a perceber “no aparente caos” as informações apreendidas dos Atores Sociais e fazer delas as revelações centrais das suas especificidades de idéias no contexto *“entender o significado dos conhecimentos tecnocientíficos deles em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à proberhática da infecção hospitalar à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas”*.

Análise e Discussão da questão número 1 - Você sabe o que é infecção hospitalar?

A ocorrência da infecção hospitalar remonta ao ano 325 d.C., quando o imperador Constantino, baseando-se no argumento humanista da época, convenceu os Bispos do Concílio de Nicéia a criar em cada Catedral um hospital. Contudo, mesmo com o avanço progressivo da tecnologia moderna, infelizmente, no século XXI, ela continua a ser causa de altas taxas de morbidade e de mortalidade nos hospitais e é considerada um importante problema de Saúde Pública em todo o mundo. Hoje, a problemática da infecção hospitalar e o seu controle têm sido causa de intensos e complexos estudos em todo o mundo. A problemática da IH, como controlar a sua causa, quais os fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos têm fomentado muitas pesquisas e publicações, e têm sido também tema de discussão em inúmeros eventos científicos nacionais e internacionais. Por tratar-se de um assunto atual e importante na área da saúde, considera-se que a IH é para os profissionais de saúde um problema conhecido. Assim, o primeiro tópico da entrevista procura apreender o significado de infecção hospitalar entre os participantes deste estudo.

Destaca-se que as “falas” apreendidas dos profissionais de saúde. Atores Sociais deste trabalho, sobre o questionamento; Você sabe o que é Infecção Hospitalar? Algumas opiniões foram bem distintas e outras foram semelhantes, o que permitiu o agrupamento destas últimas.

Assim, 39,13% dos entrevistados responderam simplesmente SIM, outros (43,47%) definiram corretamente o conceito de IH e 17,38% responderam incorretamente.

Estes dados sinalizam que a maioria (82,60%) conhece o significado de IH e que poucos (17,40%) não sabem defini-la.

A maioria das respostas certas sobre o que é infecção hospitalar assim se expressava;

É aquela infecção adquirida dentro do ambiente hospitalar, que o paciente ao se internar não tinha (Ator Social 24).

Infecção hospitalar é aquela que o paciente desenvolve após a admissão hospitalar (Ator Social 29).

Normalmente é imia infecção adquirida dentro do ambiente nosocomial (Ator Social 11).

É aquela infecção que o paciente adquire após a internação, ou mesmo, depois que já estiver em casa e venha ser correlacionada à internação hospitalar (Ator Social 28).

Ressaha-se que, apesar dos 17,40% dos entrevistados terem se expressado incorretamente, ficou evidenciado nas suas falas que eles possuem noções sobre os fatores

intrínsecos e extrínsecos que levam, ou podem contribuir para a ocorrência da IH. Entre os fatores mencionados destacam-se;

Infecção hospitalar decorrente de um procedimento cirúrgico (Ator Social 13).

Na falta de lavagem das mãos (Ator Social 20, 29,18).

[...] pela transmissão cruzada” (Ator Social 12).

Uso indiscriminado de antibióticos (Atores Sociais3, 20, 18).

Procedimento invasivo que é realizado no paciente, e a baixa resistência do paciente (Ator Social, 29).

Problema de higiene pessoal dos funcionários. (Ator Social 18).

É importante enfatizar que um Ator Social (29) desenvolveu um raciocínio em relação a infecção adquirida em ambiente caseiro (home care) ou em clínicas considerando-as também IH, em destaque a seguir;

É uma complicação infecciosa que o paciente desenvolve após a admissão no hospital. Está relacionada com algum procedimento ou algum manuseio desse paciente dentro do hospital. Ela também pode ser constatada até após a alta deste paciente. Necessariamente ela não está restrita ao ambiente hospitalar e hoje em dia com a saída até deste paciente de dentro do hospital, mesmo o paciente em “home-care”, em clínicas ele também pode desenvolver uma infecção decorrente desta assistência prestada por profissionais da saúde.

É interessante destacar que, na década de 80, no intuito de controlar as altas taxas de IH, os hospitais de países desenvolvidos começaram a adotar (como medida de controle de IH) a alta precoce de pacientes internados, considerados aptos para se recuperarem em suas respectivas casas. Criaram assim, a assistência de saúde domiciliar, denominada como “home care”. Este novo modelo de assistência de saúde, hoje, também já é adotado em muitos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Os pacientes “home care” recebem diariamente a visita de enfermeiros designados pelos respectivos hospitais ou serviços de saúde privados com a incumbência de prestar os devidos cuidados, como medicação, higiene, controle sinais vitais e outros.

Conforme Weinstein (2000), muitos estudos, nos últimos anos, têm explorado a relação entre o uso de antibióticos e a resistência bacteriana na assistência tipo “home care”. Por exemplo, um estudo mostrou que pacientes atendidos por enfermeiros, em casa, recebendo ciprofloxacina e/ou trimetoprim/sulfametoxazol teve um aumento de 21 vezes o risco de se tornar colonizado ou infectado com bacilos Gram negativos antibióticos multiresistentes. Uma variedade de outros fatores de risco (extrínsecos e intrínsecos) podem estar associados à resistência bacteriana e aos cuidados prestados aos pacientes “home care”. Estes outros riscos

incluem a presença de sonda nasogástrica ou cateteres urinários, hospitalização prévia, estado físico do paciente e o grau de gravidade da doença.

Weinstein (2000) argumenta, ainda, que muitas pesquisas sobre o uso de antibióticos e a resistência bacteriana têm sido focadas nos hospitais. Contudo, com o envelhecimento da população e o aumento do número de pacientes em tratamento por longo tempo, em casa, o monitoramento e o estudo do uso de antibióticos e da resistência em “home care” têm se tomado tão importantes como nos hospitais.

Mais um aspecto é oportuno destacar sobre a “hospitalização domiciliar”, que hoje se toma uma realidade, fortalecendo a idéia de que a IH também ocorre por extensão do hospital no domicílio.

O Quadro 01, a seguir, apresenta as unidades de significados com respectiva subcategoria e categoria analítica.

Quadro 01 - Você sabe o que é infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Infecção Hospitalar
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- **Sim. (10 X)**
 - Infecção hospitalar é aquela que o paciente adquire após a internação, ou mesmo depois que já estiver em casa, que seja de uma internação hospitalar.
 - É aquela infecção adquirida dentro do ambiente hospitalar, que o paciente ao internar não tinha e depois de algum tempo determinado ele veio a adquirir essa infecção.
 - Infecção hospitalar para mim, é a infecção desenvolvida pelo paciente no ambiente hospitalar.. [...]
 - É considerada infecção hospitalar quando o paciente adquire infecção depois de quarenta e oito horas hospitalizada, aí é imia infecção hospitalar.
 - Sim. Infecção hospitalar são todas aquelas complicações infecciosas adquiridas após a internação hospitalar. Isso, genericamente, é claro que tem as suas exceções.
 - Normalmente, é uma infecção adquirida dentro do ambiente nosocomial, com germes com perfil hospitalar, resistência a antibióticos de terapia aumentada, especialmente no setor que a gente trabalha, que é a terapia intensiva[...].
 - Uma infecção que o paciente adquire na vigência da internação hospitalar, obviamente não adquire na comunidade.
 - Infecção adquirida dentro do hospital.
 - É uma complicação infecciosa que o paciente desenvolve após a admissão no hospital. Está relacionada com algum procedimento ou algum manuseio desse paciente dentro do hospital. Ela também pode ser constatada até após a alta deste paciente. Necessariamente ela não está restrita ao ambiente hospitalar e hoje em dia com a saída até deste paciente de dentro do hospital, mesmo o paciente em “home-care”, em clínicas ele também se ele desenvolver imia infecção decorrente desta assistência prestada por profissionais da saúde.
 - Que obteve através da infecção cruzada (3)
 - Que obteve Infecção decorrente de um procedimento cirúrgico
 - Pelo uso indiscriminado do antibiótico de antibióticos (3)
 - Na falta de lavagem das mãos (3)
 - Quando o próprio hospedeiro é susceptível.
 - Baixa de resistência do paciente
 - Sim. Uma maneira é o uso indiscriminado de antibióticos
 - A falta de higiene pessoal dos funcionários
 - É aquela relacionada com algum um procedimento invasivo no paciente dentro do hospital (3)
-
- » Infecção hospitalar é quando se encontra uma bactéria, um determinado agente no organismo do paciente.
-

Análise e Discussão da questão número 02 – Você tem conhecimento do grave problema da infecção hospitalar nos nossos dias?

A gravidade do problema da IH nos nossos dias foi uma unanimidade entre os Atores Sociais deste estudo. Entretanto, as respostas variaram do SIM (72,22%) ou do SIM comentado (16,66%) e de respostas correlatas (11,11%).

Deste modo, os profissionais de saúde, entrevistados, demonstram possuir conhecimento da gravidade do problema da IH e estão cientes das conseqüências desta infecção no dia-a-dia hospitalar, como se pode observar a seguir :

Sim, a gente encontra bastante IH hoje em dia no *HU* (Ator Social 27).

Sim. Especialmente, pelo fato de saber que a IH é crescente[...] Porque esta infecção continua sendo causa de alta taxa de mortalidade nos grandes hospitais de todo o mundo. Uma das razões desta gravidade da IH, eu creio, seja o uso indiscriminado e incorreto de antimicrobianos (Ator Social 10).

Sim, tem paciente que morre de infecção hospitalar (Ator Social 24).

Um Ator Social associou a gravidade da IH ao problema da bactéria resistente aos antibióticos e a dificuldade do tratamento em decorrência desta resistência;

Geralmente, digamos a infecção hospitalar é causada por uma bactéria já com algum tipo de resistência a determinado antibiótico, então dificulta o tratamento (Ator Social 28).

Evidenciou-se também a preocupação de um profissional de saúde com o cuidado que se deve ter com qualquer tipo de infecção adquirida no hospital (seja ela simples ou não), pois esta IH poderá complicar o quadro patológico do paciente e causar até a sua morte:

Sim, a gente percebe no nosso dia-a-dia que uma simples flebite pode levar um paciente a uma septicemia e a morte, e ocorre com bastante freqüência (Ator Social 23).

Esta “fala” deixa claro o “porquê” deste tipo de patologia, a infecção hospitalar, constitui-se num grave problema da saúde pública mundial.

Assim, as “falas” obtidas neste tópico permitem comentar que a infecção hospitalar é comum no dia-a-dia hospitalar; tem pacientes que morrem de IH; que uma simples IH pode levar a morte, que a taxa de morbidade e mortalidade por IH é alta em todo o mundo; que, atualmente, o tratamento da IH é difícil, porque as bactérias que causam esta infecção são, geralmente, resistentes a muitos antibióticos.

O conhecimento apreendido dos Atores Sociais, em relação ao grave problema da IH, demonstra que os mesmos possuem condições para induzir e motivar, nas suas respectivas unidades, campanhas educativas, objetivando minimizar a incidência de IH. Eles precisam

também estar constantemente atualizados e informados sobre as causas que levam o paciente a adquirir IH e quais as medidas de assepsia que devem ser adotadas no cotidiano hospitalar visando o controle de infecção. Mesmo sendo o HUI um hospital escola, o índice geral de IH é de 7,3% (variação de 0,4% a 19,8% - na UTI, por exemplo, a taxa é de 12,9%, sendo 8,2% dos óbitos associados à JHf, estando no padrão médio de controle e que a sua redução será sempre percebida, pois índice próximo de zero é ainda utópico, principalmente, nos países em desenvolvimento.

O Quadro dois a seguir mostra as categorias evidenciadas.

Quadro 02 - Você tem conhecimento do grave problema da infecção hospitalar nos nossos dias?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Infecção Hospitalar
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (10 x)
 - Sim, especialmente, pelo fato de saber que a IH é crescentef...] Porque esta infecção continua sendo causa de alta taxa de mortalidade nos grandes hospitais de todo o mundo. Uma das razões desta gravidade da IH, eu creio, seja o uso indiscriminado e incorreto de antimicrobianos
 - Sim, a gente encontra bastante, IH., hoje em dia no HU.
 - Sim, tem paciente que morre por IH. A taxa de morbidade e mortalidade é bem significativa.
 - Ator Social 28 - Geralmente, digamos a infecção hospitalar, é causada por uma bactéria já com algum tipo de resistência a determinado antibiótico, que dificulta o tratamento
 - Com certeza (3x)
 - fixamente (3 x)
 - Perfeitamente (4x)
 - A gente percebe no nosso dia-a-dia que uma simples flebite pode levar um paciente a uma septicemia e à morte, e isso ocorre com bastante frequência.
-

Análise e Discussão da questão número 03 - Se as causas da infecção hospitalar são conhecidas, identificadas na teoria e na prática, por que esta infecção continua sendo causa de alta taxa de mortalidade nos hospitais do mundo?

Esta pergunta explicativa imediata é vista pelos Atores Sociais por diversos ângulos.

Entretanto, uma análise atenta das respostas permite salientar que 30% associam a alta taxa de mortalidade nos hospitais com o uso indiscriminado de antibióticos. Esse raciocínio está correto, uma vez que as mortes em consequência da infecção hospitalar causada por bactérias resistentes aos antibióticos se enquadram dentro deste pensamento, porque a resistência bacteriana emerge com o uso indiscriminado de antibióticos;

Uma das causas é porque tem pouco trabalho de educação no ambiente hospitalar, e a outra é realmente o uso cada vez maior de antibióticos mais complexo (Ator Social 17).

É uma questão complexa, pois são vários fatores, como a utilização de diversos equipamentos que prolongam a vida, outra questão é o querer manter a vida a qualquer custo usando antibióticos, o que aumenta a infecção (Ator Social 15).

Primeiro uso indiscriminado de antibióticos segundo, a grave virulência das bactérias resistentes e terceiro, em alguns casos, a falta de habilidade de tratar os pacientes (Ator Social 5).

O principal que a gente está observando é a antibióticoterapia, o, problema do uso indiscriminado dentro do hospital (Ator Social 18).

Acho que falta de cuidado e o aumento de uso indiscriminado de antibiótico (Ator Social 2).

A falta de conscientização dos profissionais de saúde é visto, por 20% dos profissionais de saúde, como principal causa da permanência da alta taxa de mortalidade por IH, ficou evidenciado nos seguintes depoimentos;

Mesmo quando a gente for trabalhar com todo o pessoal da saúde e conscientizar porque acho que muito disso vem da falta de conscientização dos profissionais, eu ainda acho que mesmo assim a gente ainda vai ter infecção devido a estes outros fatores (intrínsecos e extrínsecos) que ainda não são controláveis, mas se conseguir conscientizar todos os profissionais da saúde estas taxas de infecção podem baixar mais de 75%, vamos supor que são 10% elas podem vir até a ser 2,5% (Ator Social 29).

Eu acho que falta um pouco de conscientização das pessoas que lidam diretamente com os pacientes, como os médicos, o pessoal da enfermagem, uma das coisas fundamentais é a lavagem das mãos, eles atendem muitos pacientes, é claro que muitas vezes por falta de tempo, a estrutura não proporciona um fácil acesso, tem outros caminhos para procurar evitar esse tipo de coisa, evitando também a contaminação de outros pacientes que não estão com infecção (Ator Social 24).

Considero a falta de reflexão por parte de todos os profissionais da área de saúde, não é só médico e enfermeiro, mas o atendente de enfermagem, o faxineiro, ambos têm que ter o conhecimento à cerca da infecção, acho que falta Isso, a conscientização dos profissionais (Ator Social 23).

Outros declaram que a ética implica num reflexo crítico sobre os comportamentos ou no modo de agir, sob este ponto de vista é que 20% dos entrevistados afirmam que uma das causas da prevalência de altas taxas de IH é a falta de responsabilidade, a falta de cuidado com as medidas de assepsia e o relaxamento de quem cuida, como se pode constatar a seguir:

Para mim, a causa deste problema está registrada na falta de responsabilidade (Ator Social 19).

Por relaxamento de quem cuida (Ator Social 1),

Acho que é por falta de cuidado (Ator Social 2).

É culpa dos profissionais de saúde (Ator Social 6).

É por descuido dos profissionais, apesar de alertados parece que as normas caem no esquecimento, tem que estar sendo lembrado todos os dias (Ator Social 15).

Contudo, o conhecimento precário ou a falta deste na prática hospitalar é considerado por 15% do Atores Sociais um fator importante para a ocorrência da infecção hospitalar;

Não sei se as causas são identificáveis por todos na teoria e na prática. Então, explicaria em parte o desconhecimento de muitos do problema da IH, outra seria ter o conhecimento e não seguir as orientações das devidas medidas de assepsia (Ator Social 22).

Eu acho que é falta de conhecimento, as vezes até de parte de negligência, as vezes, eles não olham diretamente o paciente, não se preocupam em procurar saber qual é a

bactéria que tem, os enfermeiros com certeza também tem que vigiar, cuidar e ter responsabilidade (Ator Social 27).

Uma das causas é porque tem pouco trabalho de educação no ambiente hospitalar (Ator Social 17),

Eu acho que a IH é entendida e conhecida mas, os profissionais não fazem a aplicação correta do conhecimento, sabem que não podem fazer isso ou aquilo, mas continuam fazendo. De repente, o pessoal de apoio, pode não ter o conhecimento adequado (Ator Social 20).

A diversidade de pensamento de 35% dos entrevistados é grande e levanta itens que correspondem aos fatores predisponentes intrínsecos e extrínsecos da IH, como pode ser observados nas “falas” transcritas abaixo:

Veja bem, não existe assim taxa de infecção zero em hospital nenhum do mundo, porque mesmo que tu conheças todas as causas, que tu tenhas conhecimento sobre a infecção hospitalar, não é possível prevenir todas as infecções porque depende também do hospedeiro). [...] A infecção hospitalar também é uma complicação de progresso médico, então existe mais cirurgias complexas, existe mais procedimentos invasivos, existe as pessoas durando mais, então a longevidade aumentou (fatores extrínsecos). Existe mais pacientes fazendo quimioterapia, existe mais aqueles recebendo drogas imunossupressoras (fator intrínseco). Todos esses fatores, fazem com que os casos de infecção hospitalar ocorram também, não só a prevenção de seguir as normas a risca (Ator Social 12).

[...] Na verdade, nos países onde existem maior carência de recursos, especialmente recursos humanos e de treinamento para o manuseio do paciente, todas estas variáveis interferem nesse problema da IH. Mas qual é a realidade do nosso hospital, HU, que ainda apresenta uma realidade melhor que a maior parte dos grandes hospitais públicos do país: pouco treinamento, profissionais com qualificação às vezes não muito adequada e especialmente um baixo investimento estatal em recursos humanos o que leva a sobrecarga fazendo com que por exemplo dentro da UTL o que é muito perigoso um funcionário cuide de 2 ou 3 doentes e por mais que tenha zelo, que lave as mãos, que cuide dos equipamentos, equipameilhos ou manuseando mais de um paciente ao mesmo tempo ele certamente leva a transmissão de infecção de um paciente para outro. O mesmo se reflete **ao uso de antimicrobianos** por que nós não usamos o que a gente acha que deve usar, nós usamos o que a gente acha que deve usar somado a disponibilidade da tãrmácia, às vezes não é o antibiótico mais adequado (Ator Social 11).

A alta taxa de mortalidade por TH continua alta, por que não se consegue muitas vezes prevenir a IH, seja pela gravidade dos pacientes internados com o avanço da medicina tem-se internado pacientes cada vez mais graves e que não é só o problema da infecção que os atinge, é insuficiência renal, diabetes que naturalmente são pacientes mais graves, (fatores intrínsecos, Ator Social 9).

Acho que tem muito interesse da indústria na continuação da IH, quanto mais infecção hospitalar mais eles vendem antibióticos e muitos profissionais são influenciados pelos representantes (Ator Social 15).

Eu acho, primeiro que as normas de higiene não são seguidas a rigor, é o que eu acredito e o que eu vejo, Por mais que nós batalhemos nos sentido de diminuir essa infecção existem muitos profissionais ainda que não acreditam na bactéria, não acreditam nas infecções hospitalares. E existem, também, uma certa quantidade de profissionais que acham que o nível de infecção hospitalar é aceitável. Na área da buco-maxilo-facial existe uma corrente que pensa que ter um índice de dez a vinte por cento de infecção é normal, é aceitável, e, ou seja, a cada dez pacientes um desenvolver a infecção para eles está dentro do nível que eles esperam de infecção, outra com certeza, uma outra etologia, outro fator que contribui para essa infecção hospitalar sem dúvida alguma, é o uso indiscriminado de antibiótico e seu critério. Existem pessoas usando profilaxia por dez dias, ou seja, principalmente na minha área eu vejo que apesar da literatura mostrar que nós devemos cessar a antibioticoterapia no exato momento da remissão dos sinais e sintomas, eles continuam administrando antibiótico (Ator Social 13).

Considerando também como fatores extrínsecos aqueles outros citados pelos Atores Sociais como a falta de conhecimento, de consciência, de responsabilidade e juntando a estes

OS demais fatores extrínsecos, acima mencionados, evidencia-se, então, que *os fatores extrínsecos* superam em muito os considerados *intrínsecos*. Essa reflexão é importante pois vem ao encontro de informações de pesquisas realizadas, desde a década de 80, as quais informam que 1/3 das infecções hospitalares são preveníveis. Este termo “prevenível” está relacionado aos fatores extrínsecos causadores da IH. Assim, à maioria dos profissionais de saúde, a permanência da alta taxa de mortalidade por IH é pela falta de cuidado aos fatores extrínsecos, uma vez que as demais infecções dependem dos fatores intrínsecos relacionados às condições dos pacientes.

Outrossim, ressalta-se que a falta de conhecimento considerado como causa de IH é um fato grave! Não basta detectar as falhas, é preciso transformar este desinteresse intelectual em conhecimento consciente, atualizado, dinâmico e participativo.

O conhecimento teórico-prático e a ética da responsabilidade são os pilares do cuidado.

Para Paulo Freire (1997, p.90), só existe conhecimento na medida que o conhecido se insere na existência daquele que conhece, de modo crítico, e incide em seu comportamento, em sua práxis, simultaneamente.

Ser profissional de saúde é, acima de tudo, assumir a responsabilidade de modo crítico e reflexivo, é fazer da arte de cuidar a expressão suprema de seu existir!

A seguir, apresenta-se nos Quadros 3, 3a e 3b, as unidades de significados, da subcategoria: infecção hospitalar, das categorias: conhecimento teórico, conhecimento prático e ética da responsabilidade.

Quadro 3 -Se as causas da infecção hospitalar são conhecidas e identificadas na teoria e na prática, por que esta infecção continua sendo causa de alta taxa de mortalidade nos hospitais do mundo?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Infecção Hospitalar
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- pouco trabalho de educação no ambiente hospitalar
 - falta de conhecimento,
 - falta de conscientização dos profissionais da saúde a cerca das altas taxas de IH (3)
 - carência de treinamento no manuseio de técnicas modernas aplicadas no hospital
 - pouco treinamento de profissionais
 - profissionais com qualificação inadequada.
 - Falta de reflexão por parte de todos os profissionais de saúde a cerca da IH.
 - todos os profissionais têm que ter o conhecimento a cerca da IH
 - falta de conscientização dos profissionais, principalmente na lavagem das mãos.
 - Aumento do uso da antibioticoterapia/ resistência bacteriana os médicos têm que saber disso[...].
 - falta conscientização das pessoas que lidam diretamente com os pacientes
 - por relaxamento de quem cuida
 - falta de cuidado, acho que[...].J aumento de uso indiscriminado de antibiótico,
 - as normas de higiene não são seguidas à rigor.
 - existem muitos profissionais ainda que não acreditam na bactéria, não acreditam nas infecções
-

hospitalares.

- a IH é entendida e conhecida, mas, as pessoas não aplicam o conhecimento
-

Quadro 3a - Se as causas da infecção hospitalar são conhecidas e identificadas na teoria e na prática, porque esta infecção continua sendo causa de alta taxa de mortalidade nos hospitais do mundo?

Categoria Analítica: Conhecimento Prático

Subcategoria: Infecção Hospitalar

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- pouco trabalho de educação continuada, no ambiente hospitalar
 - uso cada vez maior de antibióticos mais complexo,
 - uso indiscriminado de antibióticos,
 - *existe mcds cirurgias complexas,*
 - *existe mais procedimentos invasivos,*
 - *Existe mais gente fazendo quimioterapia*
 - *existe mais gente fazendo drogas imunossupressoras,*
 - devido a fatores que ainda não são controláveis
 - excesso de pacientes para cuidar, menos tempo para à lavagem das mãos[...]
 - ..até existe o zelo, mas não existe condições de trabalho[...]
 - maior virulência das bactérias resistentes
 - a falta de habilidade de tratar os pacientes.
 - Falta de reflexão por parte de todos os profissionais da área de saúde a cerca da IH.
 - todos os profissionais têm que ter o conhecimento a cerca da infecção,
 - falta a conscientização dos profissionais sobre este problema.
 - *Falta conscientizar todos os profissionais da saúde das altas taxas de IH*
 - Problema do uso indiscriminado dentro do hospital.
 - E existem, quantidades de profissionais que acham que o nível de infecção hospitalar é aceitável,
 - uso indiscriminado de antibióticos.
 - existe mais procedimentos Invasivos, excesso de pacientes para cuidar, menos tempo para à lavagem das mãos[...]
-

Quadro 3b - Se as causas da infecção hospitalar são conhecidas e identificadas na teoria e na prática, por que esta infecção continua sendo causa de alta taxa de mortalidade nos hospitais do mundo?

Categoria Analítica: Ética da responsabilidade

Subcategoria: Infecção Hospitalar

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- a utilização de diversos equipamentos, tecnologia moderna, que prolongam a vida,
 - manter a vida a qualquer custo
 - falta de responsabilidade com o CIH.
 - por de negligência.
 - eles não olham diretamente o paciente
 - não se preocupam em procurar saber qual é a bactéria que eles tem.
 - A responsabilidade não ficaria só com os médicos, os enfermeiros também
 - A modernidade tecnológica chegou aos hospitais, com ela o aimento de IH.
 - os profissionais de saúde não respeitam as normas a risca para o CIH..
 - Nós não usamos o antibiótico que a gente acha que deve usar, usamos o antibiótico que a gente tem disponível, que muitas vezes é inadequado.
 - *pela gravidade dos pacientes internados na UTI (2).
 - Interesse da Indústria Farmacêutica de vender mais antibióticos
 - muitos profissionais são influenciados pela Indústria Farmacêutica
 - uso indiscriminado de antibióticos
 - falta de habilidade de tratar os pacientes.
-

-
- Descuido dos profissionais
 - Por relaxamento de quem cuida
 - Ter o conhecimento e não seguir as orientações recebidas
 - falta de conscientização dos profissionais, principalmente na lavagem das mãos. (2)
 - apesar de alertados, parece que as normas caem no esquecimento, têm que estar sendo lembrados todos os dias .
 - descuido fundamental da lavagem das mãos, eles atendem muitos pacientes
 - as normas de higiene não são seguidas à rigor.
 - existem muitos profissionais ainda que não acreditam na bactéria, não acreditam nas infecções hospitalares.
 - não fazem a aplicação correta do conhecimento.
 - sabem que não podem fazer, isso ou aquilo, mas continuam fazendo[...]
 - existem pessoas durando mais, a longevidade aumentou
 - existe maior carência de recursos, especialmente recursos humanos
 - baixo investimento estatal em recursos humanos o que leva a sobre carga de trabalho
- « interesse da indústria farmacêutica vender mais antibióticos »
-

Análise e Discussão da questão número 4 -Você que trabalha no Hospital Universitário (HU) conhece qual é o setor de serviço que é responsável pela vigilância, educação, prevenção e controle da infecção hospitalar?

O setor do HU responsável pela vigilância, educação e controle da IH foi imediatamente identificado por 100% dos entrevistados como sendo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Algumas respostas apresentam informações significativas que traduzem nas “falas” expectativas e, em outras, sentimento de grande confiança no trabalho desenvolvido por esta Comissão. Vejamos:

[...] sem dúvida nenhuma, o CCIH é um setor atuante, mas mesmo com todas as intervenções dessa comissão, que é bastante competente, o resultado de ponta se reflete nas condições de trabalho de cada unidade que não são ideais [...] (Ator Social).

É importante a presença e a atuação da CCIH nas unidades [...] ai tudo anda bem[...] ultimamente sente-se a falta desta Comissão, pois seus membros não têm comparecido com tanta frequência como faziam tempos atrás, ai., tudo anda mais ou menos (Ator Social)

[...] a CCIH é constituída por diferentes profissionais de saúde do HU, que se reúne a cada dois meses, a cada três meses e dentro dessa Comissão tem um núcleo executivo. É este núcleo que realmente faz toda as atividades de vigilância, educação e controle da IH (Ator Social).

No Brasil, o Ministério da Saúde implantou as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, através da Portaria nº 196 de 24 de julho de 1983. Promulgou, também, a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992, reestruturando o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), dentro da política de descentralização (Brasil, Ministério da Saúde, 1994).

Percebe-se que pelas repostas que emergiram desta pergunta que todos os entrevistados conhecem a CCIH, e que esta Comissão é um importante setor de referência e de apoio no CIH para os profissionais de saúde que trabalham no HU, conforme as unidades de significados do Quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Você que trabalha no Hospital Universitário (HU) conhece qual é o setor de serviço que é responsável pela vigilância, educação, prevenção e controle da infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico

Sutjcategoria: Comissão de Controle de IH (CCIH)

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- CCIH, ela tem um núcleo executivo
 - o núcleo executivo que realmente faz todá essa atividade de educação, de acompanhamento.
 - CCIH, comissão que é bastante competente.
 - O CCIH. É importante a presença e a atuação dela nas unidades[...] aí[...] tudo anda bem. Mas, ultimamente sente-se a lálta da CCIH, os seus membros não tem comparecido com tanta freqüência nas unidades como antes[...] aí., tudo anda mais ou menos[...]
 - CCIH (IOx)
 - CCIH, participam médicos, enfermeiros, nutricionistas[...].
- » Eu acho que é a CCIH.

Análise e Discussão da questão número 5 - No Hospital Universitário existe campanha ou cartazes no sentido de promover o Controle da Infecção Hospitalar (CIH)?

As campanhas com cartazes no sentido de promover o controle da IH foram consideradas importantes por 100% dos profissionais de saúde. Todos os entrevistados estavam cientes das campanhas promovidas pela CCIH no HU e se manifestaram favoráveis, pois consideram que campanha com cartazes pode ser efetiva para estimular e promover as medidas de CIH. Uns Atores Sociais ressaltaram que, embora as campanhas devam existir, a educação continuada deve ser a preocupação maior da CCIH.

Salienta-se que a maioria (60%) expressou sua opinião num simples Sim, enquanto outros (40%) acrescentaram ao Sim informações com argumentos e reflexões importantes, como segue:

Neste ano mesmo de 2001, no dia 15 de maio (Dia Internacional de infecção Hospitalar - Lavagem das Mãos), a CCIH fez uma campanha. A campanha foi bem bonita, acredita-se que atingiu quase 100% de todo o pessoal do HU. **Foram feitos cartazes de lavagem de mãos**, os estudantes de comunicação e expressão visual desenvolveram cartazes, desenharam e o pessoal do HU votou no cartaz mais bonito. O objetivo era tomar a campanha mais significativa para eles. Então foi uma campanha assim muito bonita (Ator Social 29).

Sim. Vamos tomar como exemplo a última campanha de infecção hospitalar no HU, cujo o tema era centrado em lavar as mãos. O cartaz era belíssimo, tinha imia mão desenhada e dentro o nome de vários microorganismos, **um cartaz muito sugestivo colocando o quanto de perigo uma mão carre[^]**. Mas qual a importância disso? Obviamente que lavar as mãos é importante, pode parecer óbvio, **mas é Justamente o ábvlo que as coisas se perdem são esquecidas e os resultados são desastrosos**. Para qualquer profissional de saúde, principalmente, o médico especialista em cirurgia isto é fundamental, **mas não é raro a gente ver profissional com mais tempo de esperlêncla que acham que o uso da máscara não é Importante, que o uso do avental externo e da luva não são Importantes**. Em 1996, foi publicado um trabalho pelo Dr. Denis Marques que provava que o uso de barreira máxima para implante de cateter venoso central ajudava muito na diminuição de infecção hospitalar, relacionada ao cateter. O editorial comentava o sucesso que todo mundo imaginava, que se essa medida de controle fosse adotada este tipo de IH iria diminuir. Entretanto, hoje nós vemos ainda muito cateter sendo implantado sem a barreira

máxima, o que não é cabível a nós (não é prática nossa), então considero que as campanhas para o CIH são muito importantes (Ator Social 11).

Sim. **A campanha é importante porque chama a atenção que o simples fato de lavar a mão já está ajudando a CIH,** Mas, não é só isso, tem que ter a consciência de todos os profissionais, do médico, do enfermeiro, do farmacêutico, do bioquímico-microbiologista e de outros que estão cuidando do paciente, têm que saber o que ele está manipulando. Acho que toda campanha é importante, mas todos têm que participar juntos (Ator Social 18).

Sim. Tem ainda a educação continuada, que os membros da comissão executiva da CCIH fazem com a equipe de enfermagem, a equipe médica e também tem muitos cartazes espalhados no hospital inclusive com a lavagem das mãos.. (Ator Social 24).

Sim, existe. Em alguns momentos essas campanhas são bem contundentes levantam a polêmica a importância de se prevenir e controlar a IH. Mas, na maioria das vezes ela é muito insipiente. Às vezes, passa muito só na cobrança dos profissionais, principalmente dos responsáveis pelo serviço, e não de uma educação continuada. **Eu acho que a educação continuada é que vale** (Ator Social 23)!

Esses Atores Sociais abordam assuntos relevantes, entre eles salienta-se o fato da campanha ser Centralizada na lavagem das mãos, mostrar que o simples fato de lavar a mão já está ajudando o CIH, que a campanha é eficiente, mas que todos os profissionais devem aderir responsabilmente a ela, que profissionais formados há anos atrás mostram resistência em adotar práticas de assepsia para o CIH e que a educação continuada deve ser reforçada.

Para Okeke et al (1999, p. 19), a educação continuada muda as atitudes dos profissionais de saúde, dos médicos inclusive.

Na opinião de Pittet (2001, p.234) a higiene das mãos previne a infecção cruzada no hospital, mas a adesão de profissionais de saúde a esta norma é pobre. A promoção da higiene das mãos é o principal desafio no Controle de Infecção Hospitalar. A educação continuada, campanhas, cartazes, distribuição de folhetos, Workshops, palestras e o *feedback* na performance das taxas de aceitação tem sido associados a uma melhoria transitória.

Assim, a CCIH, ao promover campanhas com cartazes, educação continuada para o controle da IH, está realizando um trabalho na busca de sedimentar, junto aos profissionais de saúde, uma maior conscientização de uma prática assistencial de qualidade.

Em relação as condutas inadequadas de profissionais de saúde no meio hospitalar, ressalta Okeke et al. (1999, p.23) que as práticas do controle da infecção hospitalar em muitos hospitais, de países em desenvolvimento, são rudimentares e frequentemente comprometidas pelos poucos recursos econômicos e pela resistência aos valores tradicionais.

“O conhecimento do mundo, como mundo, é necessidade ao mesmo tempo intelectual e vital”, este pensamento de Morin (2000, p.35) vem reforçar o quanto o profissional de saúde de hoje tem que estar aberto para mudanças, receptivo para aprender, estar intelectualmente atualizado para entender o complexo problema da infecção hospitalar. Necessita adotar e

compreender que as medidas de CIH são importantes e vitais para minimizar as taxas de IH e, conseqüentemente, proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Infelizmente, segundo alguns depoimentos transcritos, ainda existem no HU profissionais de saúde, que resistem ou parecem ser negligentes em relação às medidas de assepsia que visam o CIH.

Acredita-se que muitos profissionais de saúde necessitam de uma aprendizagem continuada, ser mais bem informado a respeito da ética da responsabilidade e almejar com mais empenho o bem comum. O trabalho coletivo, quando realizado com responsabilidade, ajuda a implementar a qualidade da prática assistencial, as medidas da CIH e diminuir a prevalência da IH. As campanhas educativas são necessárias, porém a educação continuada também é muito importante.

Apresenta-se, a seguir, o Quadro 5 com as respectivas categorias e xinidades de significados.

Quadro 5 - No Hospital Universitário existe campanha ou cartazes no sentido de promover o Controle da Infecção Hospitalar (CIH)?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Controle da Infecção Hospitalar
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim. Neste ano mesmo, no dia 15 de maio, o CCIH do HU fez uma campanha no dia da lavagem das mãos (2)
 - Sim. Em, maio deste ano, foi feita uma campanha o cartaz era belíssimo, tinha uma mão desenhada e dentro o nome de vários microorganismos, um cartaz muito sugestivo colocando o quanto de p>erigo uma mão carrega.
 - Lavar as mãos é importante e pode parecer óbvio mas, é, justamente no óbvio que as coisas se perdem, são esquecidas e os resultados são desastrosos em relação a M.
 - Lavar as mãos é importante para qualquer profissional de saúde, entretanto, no caso do médico especialista em cirurgia, isto é fundamental.
 - mas não é raro a gente ver profissional com mais tempo de experiência que acham que o uso da máscara não é importante, que o uso do avental externo e da luva não são importantes.
 - ainda hoje nós vemos muito cateter sendo implantado sem a barreira máxima, o que não é cabível a nós (não é prática nossa), então as campanhas são de muita importância
 - As campanhas não precisa ser muito grande, complexas para que el^ atinjam um bom resultado .
 - Em alguns momentos essas campanhas são bem contundentes levantam a polêmica da importância de se prevenir e controlar com urgência a IH.
 - Mas na maioria das vezes ela é muito insipiente.
 - As vezes passa muito só na cobrança dos profissionais principalmente, os responsáveis por serviço do cuidado, e não de uma educação continuada, acho que isso é que vale.
 - É importante porque chama a atenção.
 - Teve até um concurso neste ano, para estimular a criatividade da confecção do cartaz para o dia 5 de Maio. Agora, sabe-se, que o simples fato de lavar a mão se está ajudando a controlar a IH.
 - tem que ter a consciência do profissional, do médico , do enfermeiro que estão cuidando do paciente.
 - O profissional deve estar atento e saber o que ele está manipulando,
 - toda campanha é importante , mas todos tem que participar juntos..
 - Sim, tem a educação continuada que CCIH faz com a equipe de enfermagem, a equipe médica e outras,
 - tem muitos cartazes espalhados no hospital inclusive[...] com a lavagem das mãos..
 - Existem várias campanhas e freqüentemente vê-se cartazes novos alertando sobre os riscos.
 - Sim, existe.
 - Existe.
 - Sim, nós já fizemos várias campanhas de prevenção.
 - Sim (5x)
 - Sim, vários cartazes: “ lave as mãos”.
 - Já vi alguns.
 - Tem, muito boa.
-

Análise e Discussão da questão número (1 - Na sua opinião há alguma esperança ou chance desses cartazes educativos mudarem a conduta dos profissionais de saúde em relação ao Controle de Infecção Hospitalar?

Esta pergunta suscitou respostas negativas (desesperança) e positivas (esperança) dos entrevistados.

Assim, alguns Atores Sociais (29,4%) declararam que não têm esperança, ou seja, não acreditam que cartazes educativos mudem a conduta de profissionais de saúde em relação ao Controle de Infecção Hospitalar. Contudo, eles apresentaram diferentes justificativas e posicionamentos;

Não. Eu acho que cartazes não induzem mudança de conduta. Eu acho que deveria ser uma educação mais continuada como palestras e conscientização mais corpo a corpo (Ator Social 28).

As campanhas isoladamente não, elas são parte de um todo. Na verdade as maiores chances de mudanças desses resultados vão estar baseados dentro de fatores dentro os quais; as condições de trabalhos cotidianas que incluem remuneração, qualidade do material utilizado, motivação dos profissionais de saúde, dos servidores mesmos. Nos últimos anos, e, nesses 7 anos do governo de FHC, a falta de reajuste salarial, falta de equipamentos, a não reposição de vagas de servidores que se demitem ou morrem, tudo isso aperta o trabalho das pessoas e faz com que o desempenho delas seja menor. Reforço, as campanhas isoladamente não, mas eu sinceramente acredito que existe imia preocupação crescente[...] principalmente com aqueles pacientes internados há mais de 60 dias em terapia intensiva, em que as preocupações com eles são enormes, existe uma consciência de toda a equipe que os cuidados com estes pacientes são enormes para não infectar a outros. O bom resultado vem do conjunto de ações (Ator Social 11).

Não. Acho que para mudar a conduta, do profissional de saúde, o que precisa é uma educação continuada (Ator Social 5).

Não. Eu acho que a CCIH tem que ser mais atuante, porque dentro do hospital quando a comissão fala, ela é acatada (Ator Social 9).

Destaca-se que a maioria (71,6%) declarou ter esperança, porém outros (29,4%) declararam que não têm esperança, não acreditam que cartazes educativos mudem a conduta de profissionais de saúde em relação ao CIH.

Entretanto, enfatiza-se que, dentre os profissionais entrevistados, a maioria (70,60%) afirma que Sim, isto é, cartazes educativos auxiliam no CIH. Destes, alguns (41,17%) categoricamente responderam um monossilábico SIM. Os demais (29,41%) deram um Sim complementado, eles salientam possuir esperança e apontam que as campanhas com cartazes conseguem sensibilizar os profissionais de saúde. Como se destaca a seguir:

Sem campanha sem conscientização, não há *uma* conscientização (Ator Social 1).

Sim, totalmente. A publicidade ou, a campanha para a promoção da CIH, deveria até ser também direcionada para o público em geral. Porque nós sabemos os riscos quando Udamos com a IH, o público leigo que circula pelos hospitais não sabe, mas, ele também deveria saber até de maneira diferenciada (Ator Social 10).

Acredito que os cartazes educativos não conseguem mudar a conduta de 100% do profissionais de saúde, mas a esperança existe. Nossa, eu nunca perco a esperança, a chama da esperança está sempre acesa para que as pessoas se conscientizem, ajudem, colaborem, encampem a idéia e prestem uma assistência de qualidade, porque em tese, isto é prestar uma assistência de qualidade (Ator Social 29)

Esperança sim, mas é preciso mais que campanha, é preciso que desde a graduação o profissional de saúde seja ensinado para isso, o mais importante é a formação universitária (Ator Social 15).

Eu acho que sim porque senão a CCIH nem faria mais campanha porque não é uma experiência só do HU, mas uma experiência de outras pessoas especializadas no assunto de que a educação continuada é uma das coisas que mais melhoram a aderência das pessoas a essas práticas (Ator Social 12).

Existe uma forte conotação para a necessidade da CCIH promover com mais assiduidade programas de educação continuada, como palestras e conscientização mais corpo a corpo. Emergiu também a força e o respeito que a CCIH possui junto aos profissionais de saúde. Houve um comentário de que as campanhas deviam estender-se e atingir também o público externo em geral. Outro entrevistado evoca a importância do ensino universitário na formação dos futuros profissionais de saúde, em relação a um maior comprometimento consciente na busca do CIH.

Foi enfatizado que “o bom resultado vem do conjunto de ações”, uma opinião que desvela as questões políticas-sociais que estão hermeticamente vinculadas ao problema da práxis do profissional de saúde que podem interferir com a qualidade da prática assistencial para o controle da infecção hospitalar.

Existem estudos que demonstram que a educação continuada com profissionais de saúde modificou as posturas e estimulou os mesmos a agirem com mais responsabilidade, no combate a infecção hospitalar. Pittet (2001, p.236), recentemente, divulgou os resultados de uma longa campanha sobre higiene das mãos, com ênfase na desinfecção das mãos, que resultou numa melhoria substancial na adesão dos profissionais de saúde a esta prática com a significativa redução da IH e das taxas de transmissão cruzada por *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina, durante um período de 4anos.

Esta informação aponta um caminho de esperança para futuras campanhas educativas de lavagem das mãos no HU. Mostra, em primeiro lugar, que as campanhas promovidas devem ser estendidas por um amplo período de tempo e não se restringir somente ao mês de maio, e devem ser reforçadas com eventos científicos, como *workshops*, palestras, cursos, seminários, estudos dirigidos e outros, visando à adesão dos profissionais de saúde e de outros da lavagem das mãos para o controle da infecção hospitalar.

A campanha realizada no Hospital Universitário de Genebra, Suíça (Pittet, 2001, p. 236) pode servir de exemplo para a CCIH, para administração e para todos os profissionais de

saúde do HU. É um desafio! Sabe-se que o envolvimento para este tipo de campanha exigirá a força de vontade, tempo de planejamento e até a convocação de outros profissionais de saúde para participarem da comissão executiva oficialmente já estabelecida. Quem sabe estender estas campanhas também para as salas de aula dos cursos de graduação de saúde.

De acordo com Carrilho (2000), as campanhas de prevenção de IH que visam incrementar o hábito de lavagem das mãos podem apresentar resultado imediato, porém não se perpetuam. O ideal é a manutenção da campanha com reavaliação periódica.

Assim, estes dois estudos confirmam que campanhas em prol do controle de infecção hospitalar é válida, mas seus resultados tomam-se mais efetivos ou contundentes, se houver uma manutenção e motivação constante para que o ato de lavar as mãos fique impregnado na memória de cada profissional de saúde. A esperança é a força viva do querer mudar!

No Quadro a seguir, apresentam-se os dados da subcategoria esperança.

Quadro 6 - Na sua opinião, há alguma esperança ou chance desses cartazes educativos mudarem a conduta dos profissionais de saúde em relação ao controle de infecção hospitalar.

Categoria Analítica: Conhecimento teórico

Subcategoria: *Esperança*

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Não.
- *Sim.*
- *Acho que sim..*
- Sim, totalmente
- *Sem campanha sem conscientização, não há uma conscientização.*
- Deveria ser uma educação continuada com palestras e conscientização mais corpo a corpo.
- *A educação continuada é uma das coisas que mais melhoram a aderência das pessoas a essas práticas do cm.*
- Acho que precisa mudar a conduta do profissional e também precisa de um educação continuada.
- Mais importante que a campanha, é, uma educação continuada.
- A publicidade interna deveria ser até direcionada para o público em geral. Porque nós sabemos os riscos *quando lidamos com a IH*, o público leigo que circula pelos hospitais não sabe, mas, ele também deveria saber até de maneira diferenciada-
- Acho que sim.
- Acredito que os cartazes educativos não conseguem mudar a conduta de 100% do profissionais de saúde, mas a esperança existe. Nossa, eu nunca perco a esperança, a chama da esperança está sempre acesa para que as pessoas se conscientizem, ajudem, colaborem, encampem a idéia e prestem uma assistência de qualidade, porque em tese, isto é prestar uma assistência de qualidade
- Alguma chance tem, mas, pouca é a esperança
- **As** *campanhas isoladamente não. Elas são parte de um todo. Na verdade as maiores chances de mudanças desses resultados vão estar baseados dentro de fatores dentre os quais: as condições de trabalhos cotidianos que incluem remuneração, Qualidade do material utilizado, motivação dos profissionais de saúde, dos servidores mesmos.* Nos últimos anos, e, nesses 7 anos do governo de FHC a falta de reajuste salarial, falta de equipamentos, a não reposição de vagas de servidores que se demitem ou morrem , tudo isso aperta o trabalho das pessoas e faz com que o desempenho delas seja menor. *As campanhas isoladamente não, mas eu sinceramente acredito que existe uma preocupação crescente[...]* principalmente com aqueles pacientes internados há mais de 60 dias em terapia intensiva, em que as preocupações com eles são enormes, existe uma consciência de toda a equipe que os cuidados com estes pacientes são enormes para não infectar a outros. O bom resultado vem do conjunto de ações.
- A CCIH tem que ser mais atuante, porque dentro do hospital universitário ela é atuante e se a comissão fala ela é acatada.
- Alguma esperança tem.
- Com certeza, existe a esperança.

» O cartaz ajuda bastante.

Análise e Discussão da questão número 7 - Você considera possível controlar a infecção hospitalar?

Diante deste tópico, a análise das opiniões apontadas pelos profissionais de saúde, deste estudo, sob o ponto de vista em geral demonstra que eles possuem conhecimento básico sobre o problema do controle da infecção hospitalar.

Houve uma variedade de respostas, e algumas, por serem semelhantes, foram comentadas em conjunto.

Pode-se dizer que 10% dos Atores Sociais reconheceram que, em alguns casos, não tem como controlar a IH. Para outros 10%, é possível controlar a IH, porém dentro de parâmetros respeitados. A maioria (40%) respondeu taxativamente que SIM, isto é, que é possível controlar a infecção hospitalar. Outros (20%) declaram que o controle da infecção hospitalar é possível, mas sua erradicação não. Para alguns (10%), o controle é difícil, e teve aqueles (10%), que consideram que não é possível CIH. Ainda, outros (5%) apontam que na visão atual não é possível o seu controle, pois a IH é resultante de um conjunto de fatores, intrínsecos e extrínsecos, que convergem para a ocorrência da mesma. Por outro lado, alguns Atores Sociais (5%) enfatizam que a IH é impossível ser controlada, porém, se houver conscientização de todos os profissionais de saúde em adotar como rotina o uso racional de antibióticos e observar as medidas de assepsia na prática assistencial, então a IH poderá ser amenizada. Evidencia-se que apenas o Ator Social 10 declara; *é uma pergunta de difícil resposta*. Descrevem-se, abaixo, alguns depoimentos:

Dentro da visão atual não, a infecção hospitalar é resultante de um conjunto de métodos (Ator Social 15).

Eu acho que é possível melhorar bastante, mas não dá para controlar (Ator Social 28).

Sim, com a colaboração de todos os profissionais da área da saúde, isso é perfeitamente possível. Não em 100% dos casos, pois como eu já falei antes, sempre vai ter aqueles casos que vai decorrer muito da própria resistência do paciente, mas na maioria isso é possível. Agora, os profissionais da área da saúde tem que estar bem conscientes do seu papel no CIH (Ator Social 29).

Sim, se todas as variáveis forem atendidas. De qualquer modo se não se pode eliminar completamente o problema da infecção hospitalar, em relação do uso indiscriminado de antibiótico que existe em todo o mimdo, não só na UTL, mas também fora dos hospitais, na comunidade, onde isso já ocorre com a auto medicação e a prescrição errada de outros profissionais se pode minimizar esta questão com um esclarecimento maior para as pessoas e o uso mais racional de antimicrobiano, eliminar completamente o problema é utópico. O controle sim (Ator Social 11).

Cuidar para não usar indiscriminadamente o antibiótico, porque muitas vezes pegamos pacientes aqui que já usou vários tipos de antibióticos sem cultura aí a gente fica totalmente perdido não sabe o que usar que tipo de bicho tem aí, se é resistente, as pessoas tem que usar as coisas com mais consciência além da higiene que surte efeito mas, tem que ter consciência (Ator Social 9).

É possível controlar dentro dos parâmetros respeitados (Ator Social 5).

Controlar sim sem dúvida, erradicar é mais difícil (Ator Social 22).

Até um certo limite sim, mas 100% não (Ator Social 16).

De acordo com Pittet e Byce (2001), estudos observacionais desenvolvidos no meio hospitalar, junto a profissionais de saúde, têm mostrado constantemente um número de determinado de fatores de riscos relacionados a rejeição da lavagem das mãos, por eles elencados, tais como; muito trabalho, falta de tempo para lavagem das mãos, diversidade de categoria profissional, tipo de unidades. Existem outras barreiras para se adequar à aceitação da higiene das mãos, estas incluem; irritação da pele devido aos agentes de higiene, falta de conhecimento das recomendações para a lavagem das mãos ou falta de política institucional. As intervenções para o futuro, para promover a adequada higiene das mãos, deverão ser dirigidos para os principais fatores de risco e como alvo o trabalho individual de profissionais de saúde, como também do grupo médico/administrativo institucional se almeja alcançar um alto grau de sucesso.

Em outro trabalho, Pittet e Hugonnet (2000, p.348)

*ênfatizam que em situações de alta demanda, como nas UTIs, ou em tempos de superlotação hospitalar, ou poucos profissionais de saúde disponíveis para o atendimento dos pacientes internados, parece que o meio mais prático de melhorar a adoção da higiene das mãos é fazendo a sua limpeza com *solução alcoólica*, introduzida recentemente nos meios hospitalares, com o objetivo de facilitar a adesão da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde.*

A visão dos resultados, obtidos nos estudos acima mencionados vem ao encontro das “falas” dos entrevistados, as quais colocaram aspectos pertinentes e considerados como fatores de risco para a efetiva busca do controle da IH.

Evidencia-se que, para se obter o CIH, é importante que todos os profissionais tenham conhecimento teórico/prático atualizado, saibam distinguir e entender quais as razões científicas e causais desta grave infecção. Que os profissionais adotem atitude de responsabilidade e que haja entre eles consciência plena de colocar em prática todas as medidas de assepsia para que se possa reduzir ao máximo as taxas de IH.

No Quadro 7, têm-se as unidades de significados desta questão sobre a possibilidade de controlar a IH.

Quadro 7- Você considera possível controlar a infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico-
Subcategoria: Infecção Hospitalar
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- O problema é utópico
 - O controle sim, é possível
 - Sim é Possível controlar a IH.
-

-
- É possível melhorar bastante mas, não dá para controlar a IH.
 - Na maioria dos casos, isso é possível.
 - Sim, totalmente.
 - Não em 100% dos casos(2x)
 - Sim se todas as variáveis forem atendidas
 - É possível controlar dentro dos parâmetros respeitados.
 - *Controlar sim, sem dúvida*
 - Erradicar é mais difícil
 - *Controlar completamente acho complicado.*
 - *Acho meio difícil*
 - *Acho difícil, um pouco complicado...*] Mas, sim[...]
 - Em alguns casos não.
 - É uma pergunta de difícil resposta.
 - Claro que considero difícil..
 - Até um certo limite sim, é possível.
 - É possível.
 - Perfeitamente.
 - *Com a colaboração de todos os profissionais da área da saúde isso é perfeitamente possível.*
 - sempre vai ter “aqueles casos” que vai decorrer muito da própria resistência do paciente,[...]
 - Para controlar a infecção hospitalar os profissionais da área da saúde tem que estar bem conscientes,
 - a gente sabe especialmente que em UTI algumas vezes as soluções tem que ser drásticas, por exemplo, se nós tivéssemos uma contaminação de todos os pacientes por bactérias multiresistentes não responsável ao arsenal terapêutico disponível, a solução por mais absurda que pareça seria a morte de todos os pacientes eliminando a fonte de infecção.
 - se não se pode eliminar completamente o problema da infecção hospitalar, quanto mais a questão do uso indiscriminado de antibiótico que existe em todo o mundo. Isto é grave.
 - pode-se minimizar esta questão com um esclarecimento maior para as pessoas e o uso mais racional de antimicrobiano.
 - Cuidar para não usar indiscriminadamente o antibiótico
 - Muitas vezes pegamos pacientes aqui que já usaram vários tipos de antibióticos, sem fazer “cultura” (Teste de Sensibilidade aos Antibióticos - antibiograma), aí, a gente fica totalmente perdido.
 - As pessoas tem que usar na prática hospitalar, nos procedimentos mais consciência, além da higiene que surte efeito[...]. mais tem que ter consciência.
 - *problema são os critérios para conseguir evitar a infecção hospitalar porque as bactérias estão diariamente se matando de um modo assustador..*
 - Dá para amenizar, mas chegar e dizer que não existe mas bactérias resistentes é difícil.
- » No laboratório do HU, imia hora nós temos bactérias gram (+). outra hora gram(-).
-

Análise e Discussão da questão número 8 - Que medidas você julga necessárias para dar um basta na infecção hospitalar?

Para a maioria (57,9%), a lavagem das mãos e medidas de higiene contribuem para dar um basta na IH. Outros (42,1%) apontaram diversas medidas que poderiam ser assim resumidas: muita conscientização, educação continuada, uso racional de antibióticos, uso racional de métodos invasivos, uso de barreiras contra a IH (uso de gorro, máscara, luvas), ensinar o conteúdo teórico/prática de IH e da resistência bacteriana desde o ensino de graduação, preparar os antibióticos em capela para tal fim, ter recursos humanos suficientes para assistir o grande número de pacientes internados.

Interessante notar que alguns Atores Sociais (15, 18, 29) citaram o controle do uso de antibióticos como medida necessária para conter a IH. Entretanto, esta é uma visão questionável, pois não tendo infecção não tem porque usar antimicrobianos. Assim, deve ficar claro que o uso racional deve ser entendido no sentido de se evitar uma pressão seletiva que favoreça a emergência de amostras resistentes e se tome um círculo vicioso.

As “falas”, a seguir, demonstram como os profissionais de saúde interpretaram o significado do agir para controlar a IH:

Esta preocupação em dar um basta na IH já deve existir desde o ensino da graduação, porque o aluno copia o comportamento dos professores e profissionais (Ator Social 17).

Acredito que sejam duas; a primeira a utilização racional de instrumentos invasivos e a segunda o uso racional dos antibióticos (Ator Social 15).

Primeiro, as pessoas têm que mudar a maneira de pensar, a medida que elas tiverem consciência que a IH mata, então, o profissional de saúde vai querer acabar com a infecção hospitalar e Segundo, é a Lavagem das mãos (Ator Social 19).

Como principal a lavagem das mãos e cuidados de uso com a luva, proteção, avental (Ator Social 27).

Usar capelas para prepararem antibióticos, e lavar bem as mãos (Ator Social 28).

Olha, um basta nas Infecções hospitalares não vai dar nunca, mas, elas podem ser diminuídas. Existem trabalhos clássicos mostrando que um terço das infecções hospitalares são preveníveis. Para mim, são as medidas bem simples, como a gente já citou, como a campanha de lavagem das mãos. Se todo o mundo fizesse isso já teria uma boa porcentagem das infecções sob controle (Ator Social 12).

Além de toda essa conscientização, que o pessoal tenha cuidado direto ao paciente e o controle do antibiótico assim é fundamental (Ator Social 29).

Se campanha não resolve, educação é o meio (Ator Social 11).

Aqui a gente pega o final da história, a gente pega muito o doente que já está ruim, grave e tem que administrar o prejuízo, então tem que educar quem está na porta da emergência, o clínico do ambulatório (Ator Social 9).

Medidas de anti-sepsia, de higiene básica, como lavar as mãos (Ator Social 5,16,23).

Na UTI, a grande falta de pessoal é o grande causador do problema da infecção hospitalar, reforço é a falta de recursos humanos (Ator Social 14).

Principal é não usar muito antibiótico, só usar quando necessário (Ator Social 18).

No Quadro 8, a seguir, apresentam-se os dados da subcategoria infecção hospitalar.

Quadro 8 - Que medidas você julga necessárias para dar um basta na infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico

Subcategoria: Infecção Hospitalar

Unidades de Significados; Falas dos Atores Sociais

- Esta preocupação em dar um basta na IH já deve existir desde o ensino da graduação, porque o aluno copia o comportamento dos professores e profissionais
 - Acredito que sejam duas: a primeira a utilização racional de instrumentos invasivos e a segunda o uso racional dos antibióticos..
 - Primeiro, as pessoas tem que mudar a maneira de pensar, a medida que elas tiverem consciência que a IH mata, então, o profissional de saúde vai querer acabar com a infecção hospitalar e Segundo, é a Lavagem das mãos.
 - Como principal a lavagem das mãos e cuidados de uso com a luva, proteção, aventa.
 - Usar capelas para prepararem antibióticos, e lavar bem as mãos.
 - OUIa, um basta nas Infecções hospitalares não vai dar nunca, mas, elas podem ser diminuídas. Existem trabalhos clássicos mostrando que um terço das infecções hospitalares são preveníveis. Para mim, são as medidas bem simples, como a gente já citou, como a campanha de lavagem das mãos. Se todo o mundo fizesse isso já teria uma boa porcentagem das infecções sob controle.
 - Além de toda essa conscientização, que o pessoal tenha cuidado direto ao paciente e o controle do antibiótico assim é fundamental.
 - \Se campanha não resolve, educação é o meio.
 - Aqui a gente pega o final da história, a gente pega muito o doente que já está ruim, grave e tem que administrar o prejuízo, então tem que educar quem está na porta da emergência, o clínico do ambulatório.
 - Medidas de antissepsia, de higiene básica , como lavar as mãos.
 - Na UTI, a grande falta de pessoal é o grande causador do problema da infecção hospitalar, reforço é a falta de recursos humanos.
 - Principal é não usar muito antibiótico, só usar quando necessário.
-

-
- uso de só um certo tipo de antibióticos facilitou o surgimento de novas bactérias resistentes. Na pediatria, deste hospital, começaram a usar cefalosporina, aí começou a dar resistência. Começaram, então, a usar penicilina inibidora de Beta-Lactamase, aí começou a perceber que aquelas bactérias, começaram a ser novamente sensíveis a cefalosporina, aí chegaram a essa conclusão: o ideal é você começar a enganar a bactéria, e fazer um rodízio de antibióticos. Está provado que estratégia ajuda muito.
 - Falta comprometimento das pessoas e determinação para colaborar neste processo.
 - Descuido de quem está tomando conta.
 - Acho que fundamentalmente o problema reside na resistência (comportamento) pessoal.
 - Basicamente eu sinto muita resistência por parte das equipes em se associarem e trocarem experiência profissionais e fazerem as coisas acontecer.
-

Análise e Discussão da questão número 9 - Estima-se que 1/3 de todas as Infecções Hospitalares são preveníveis. Se um terço das infecções hospitalares são preveníveis, por que não se consegue combatê-las?

A infecção hospitalar é uma realidade mundial. Estima-se que 5 - 20% dos pacientes hospitalizados são vítimas desta infecção (Haley, et al., 1985).

Os Atores Sociais imitaram algumas opiniões, que variaram desde Não sei (5,55%), desconhecimento (11,11%), problema de comportamento (61,11%), falta de responsabilidade (11,11%), falta de conscientização (5,55%). Ressalta-se que uma resposta ficou sem sentido, e foi excluída da análise.

Algumas declarações por terem em comum determinados pontos de vista, permitiram que algumas opiniões fossem agrupadas em duas categorias denominadas Ética de Responsabilidade e Conhecimento.

Na categoria Ética de Responsabilidade foram selecionadas as “falas” que predominantemente ressaltavam como causa de IH, o problema de comportamento e a falta de responsabilidade de profissionais de saúde no descuido na cadeia de assepsia, no uso indiscriminado de antibióticos e outros, e que totaliza a maioria (72,22%) das opiniões abordadas. A seguir, transcrevem-se as respectivas declarações;

É questão de comportamento, tem que ser adquirido desde cedo, educar as pessoas (Ator Social 17).

Porque são vários fatores; o comportamento do homem e da mulher, a conduta de uma equipe de saúde ampla que vai desde quem varre até o que prescreve um antibiótico mais potente de última geração, passando por diversas equipes multidisciplinares, de médicos, de enfermagem, de farmacêutico, de cirurgião-dentista, de bioquímico/ microbiologista que atuam junto ao paciente, qualquer falha nessa cadeia é fundamental para a ocorrência da infecção hospitalar. Destaco também, os instrumentos invasivos que são usados muitas vezes de forma inadequadamente, principalmente, a utilização de cateter endovenoso e o urinário (Ator Social 15).

Tenho uma teoria própria. Veja quando nós falamos em controle e prevenção da infecção hospitalar nós estamos lidando fundamentalmente com chama do humano e lidar com humanos não é como lidar com máquinas. É mais fácil adestrar um elefante num circo que educar um ser humano. Vejo muita resistência de comportamento dos profissionais, especialmente, por parte de profissionais mais antigos, que atuam a muitos anos e que tem o discurso de que com eles nunca vai acontecer nada[...] que não irá acontecer nada com os pacientes os quais ele cuidou durante tantos anos nunca aconteceu[...] . e essa coisa meio assim, que a culpa é do hospital [...]. eu

acho que fundamentalmente o problema, de não se conseguir combater a IH, reside na resistência comportamental do pessoal da saúde (Ator Social 10).

Sim, a literatura diz que um terço da IH se consegue prevenir. Entretanto, esse terço você ainda precisa sensibilizar, profissionais de saúde, para que sigam essas normas de CIH. Se isso for 100% verdade a gente conseguiria prevenir esse um terço. Mas isso [...] é muito difícil[...] Udar com gente não é fácil, com certeza (Ator Social 12).

Outros mencionam que a falta de responsabilidade, dos profissionais de saúde, seria o entrave no combate à IH.

Falta comprometimento das pessoas e determinação para colaborar neste processo (Ator Social 24).

Não se consegue combater, um terço da IH., por descuido, por Irresponsabilidade de quem está cuidando do paciente (Ator Social 1).

Falta comprometimento das pessoas, irresponsabilidade e determinação para colaborar neste processo (Ator Social 24).

A falta de cuidado. A lavagem das mãos e o uso indiscriminado de antibióticos que faz as bactérias resistentes. Pelos procedimentos inadequados no preparo de medicamentos, de técnicas invasivas relativas aos cuidados da enfermagem com os pacientes (Ator Social 29).

Uso indiscriminado de antibióticos, os médicos são viciados em usar certos tipos de drogas, a maneira de utilizar só um certo tipo de antibiótico facilita com que as bactérias transfira a resistência uma para outra, como na pediatria que começaram a usar cefalosporina, aí começou a dar resistências[...] Começou então a usar penicilina inibidora de Beta-Lactamase aí começou a se perceber que aquelas bactérias começaram a ter novamente sensibilidade a cefalosporina, aí chegaram a essa conclusão, o ideal é você começar a enganar a bactéria, fazer um rodízio de antibióticos ajuda muito (Ator Social 18).

Aponta-se que, nesta última fala, o termo “viciados” foi analisado como comportamento inadequado, de profissionais de saúde, em relação à EH.

Alguns (16,66%) entrevistados ressaltam que a falta de conhecimento e de conscientização, dos profissionais de saúde, seriam os obstáculos no combate à IH, as quais foram incorporados na categoria Conhecimentos:

Muitas pessoas desconhecem o procedimento correto e outra embora conheçam-nas acabam não fazendo uma prática de excelência e isso acontece em todas as profissões, mas os profissionais de saúde têm que ter um cuidado maior (Ator Social 11).

Por falta de educação, do apoio, as informações não são levadas a sério (Ator Social 22)

Diante do avanço tecnológico introduzido na prática médica/hospitalar a maneira de agir, a conduta ou o comportamento ético, as ações relacionadas a estas inovações científicas, devem ser analisadas sob a luz de uma nova ética, a ética da responsabilidade.

Segundo Jonas (1995, p. 26),

[...] com as capacidades da linguagem, do pensamento e do sentimento social, aprendidas por si mesmo, o homem constrói uma morada para sua própria humanidade, a saber: o artefato da cidade. A profanação da natureza e a civilização por si mesmo vão juntas. Ambas se rebelam contra os elementos; a primeira, por quanto ousa penetrar neles e violentar sua criaturas; a segunda, por quanto no refúgio da cidade e suas leis ergue uma luta contra eles.

Principalmente nesta última parte do pensamento de Jonas se encaixam os comentários feitos pelos Atores Sociais que declaram que o problema da dificuldade de combater a infecção hospitalar é devido ao problema de comportamento, por conhecimento inadequado, por irresponsabilidade, por ser difícil lidar com o ser humano, descuido na técnica de assepsia.

Um Ator Social ressaltou que existem profissionais de saúde, principalmente os antigos, que consideram desnecessário usar medidas para o CIH. Estes profissionais se refugiam em seu “ego saber” e se desviam do saber-fazer-coletividade.

Não que eles ergam uma luta contra o controle da infecção hospitalar, mas, ao não incorporarem na sua prática, procedimentos adequados de assepsia, o desinteresse de adquirirem novos conhecimentos e novos comportamentos éticos que exige a tecnologia moderna e a Comissão de Controle da Infecção Hospitalar, os mesmos estão colocando em risco todo o trabalho elaborado por esta Comissão e, especialmente, a vida dos pacientes.

Atualmente, quem não se compromete responsavelmente em minimizar as taxas de IH está desatualizado, fora da realidade.

O controle da infecção hospitalar é impossível de ser conseguido sem o entusiasmo, a responsabilidade, e o cuidado dos profissionais de saúde que atuam nos hospitais. Um dos recursos é assegurar que tanto profissionais de saúde e demais servidores do hospital tenham conhecimento da infecção hospitalar e que aprendam a observar e executar as medidas de higiene e assepsia dos procedimentos práticos inerentes ao manuseio e cuidado dos pacientes.

A necessidade de conhecimento das conseqüências no ato de tomar decisões está implícita no princípio da responsabilidade de Hans Jonas.

Como enfatiza Zancanaro (2000, p.312); “fazer renascer o sentimento de responsabilidade significa impor ao “querer” a força e o apreço pela dignidade da vida, transformando-a em “valor”.

Nos Quadros 9 e 9a, apresentam-se as unidades de significados da subcategoria “Responsabilidade”.

Quadro 9 -Estima se que 1/3 de todas as Infecções Hospitalares são preveníveis. Se um terço das infecções hospitalares, são preveníveis, por que não se consegue combatê-las?

Categoria Analítica: Ética da responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- É questão de comportamento, tem que ser adtdrido desde cedo, educar as pessoas.
-

-
- O comportamento do homem e da mulher e na conduta de uma equipe de saúde ampla que vai desde quem varre até a prescrever um antibiótico mais potente de última geração, passando por diversas equipes de enfermagem, que atuam junto com o paciente e qualquer falha nessa cadeia é fundamental para a ocorrência da infecção hospitalar.
 - Vejo muita resistência por parte dos profissionais, especialmente por parte de profissionais *mais antigos*, que atuam a muitos anos e que tem o discurso de que com eles nunca vai acontecer nada, que não irá acontecer nada com os pacientes os quais ele cuidou durante tantos anos nunca aconteceu e essa coisa e meio assim, que a culpa é do hospital.
 - Uso indiscriminado de antibióticos, alguns médicos são viciados em usar certos tipos de drogas.
 - Os instrumentos invasivos que são usados muitas vezes de forma inadequadamente, principalmente, a utilização de cateter endovenoso ou urinário..
 - A falta de cuidado.
 - A lavagem das mãos, e o uso indiscriminado de antibióticos que faz a resistência às bactérias.
 - Pelos procedimentos inadequados no preparo seja de medicamentos, de técnicas invasivas relativos aos cuidados da enfermagem com o próprio paciente.
 - Problema de política profissional, da direção em se empenhar, médico com médico em não querer cobrar um do outro, problema de conduta, não precisa de dinheiro para isso.
 - Se isso for 100% verdade a gente conseguiria prevenir esse um terço. Mas isso[...] é muito difícil[...] . lidar com gente não é fácil, com certeza.
 - Acho que as duas coisas e, *também as condições* de trabalho que nesse hospital são razoáveis.
 - não sei
 - descuido.
 - uso de só um certo tipo de antibióticos facilitou o surgimento de novas bactérias resistentes. Na pediatria, deste hospital, começaram a usar cefalosporina, aí começou a dar resistência. Começaram, então, a usar penicilina inibidora de Beta-Lactamase, aí começou a perceber que aquelas bactérias, começaram a ser novamente sensibilidade a cefalosporina , aí chegaram a essa conclusão: o ideal é você começar a enganar a bactéria, e. fazer um rodízio de antibióticos. Está provado que estratégia ajuda muito.
 - Falta comprometimento das pessoas e determinação para colaborar neste processo.
 - Descuido de quem esta tomando conta .
 - Acho que fundamentalmente o problema reside na resistência(comportamento) pessoal.
 - Basicamente eu sinto muita resistência por parte das equipes em se associarem e trocarem experiência profissionais e fazerem as coisas acontecer.
-

Quadro 9a - Estima se que 1/3 de todas IH são preveníveis. Se um terço das infecções hospitalares são preveníveis, por que não se consegue combatê-las?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
 Subcategoria: Responsabilidade
 Unidades de Significados: Faixas dos Atores Sociais

-
- Tenho uma teoria própria. Veja quando nós falamos em prevenção a infecção hospitalar nós estamos lidando fundamentalmente com chama do humano e lidar com humanos não é como lidar com máquinas. É mais fácil adestrar um elefante num circo que educar imi ser humano.
 - É pela falta de conscientização do pessoal, eles acabam não se conscientizando e até prestando uma assistência que não é de qualidade e isso decorre toda essa alta taxa de infecção hospitalar, morbidade, mortalidade.
 - As razões maiores é que muitas pessoas desconhecem o procedimento correto e outros embora conheçam elas acabam não fazendo uma prática de excelência e isso acontece em todas as profissões, mais os profissionais de saúde tem que ter imi cuidado maior
 - Por falta de educação, do apoio, as informações não são levadas a serio.
- » Falta conscientização.
-

Análise e Discussão da questão número 10 - A dificuldade do controle da infecção hospitalar será por falta de conhecimento teórico, ou por negligência dos profissionais de saúde?

Esta interrogação mediata fomentou entre os Atores Sociais respostas claras e diretas. Para muitos, (42,85%) deles, a falta de conhecimento e a negligência dos profissionais de

saúde são as principais causas da dificuldade do controle da infecção hospitalar. Outros (35,78%) consideram que a negligência é a barreira do CIH. Enquanto alguns (14,28%) atores Sociais enfatizam ser a falta de conhecimento e poucos (7,14%) dizem que a dificuldade deste controle é a falta de convicção. Para interpretar melhor estes pareceres, selecionaram-se alguns que estão em destaque abaixo;

Falta de convicção (Ator Social 17).

Negligência. Por que todo mundo fala, todos estão conscientes (Ator Social 19).

Pornegligência (Ator Social 2, 1, 14).

Os dois, a falta de conhecimento e negligência (Ator Social 16, 22, 5, 26).

Falta de conhecimento, tem médico que chega a confundir enterococos (Gram +), com enterobacter (Gram -),e, isso a gente sabe porque eles vem perguntar , então que dizer, começa a usar vancomicina para enterobacter (Ator Social 18).

Eu acho que é mais negligência que falta de conhecimento. Porque a informação está a disposição de todos (Ator Social 24).

Ressalta-se que três Atores Sociais revelaram outras dificuldades, e por serem significativas são transcritas a seguir:

As duas coisas, falta de conhecimento e negligência. Tem também as condições que os funcionários trabalham, sobrecarga de trabalho da equipe, não dispor do melhor material, de luva, de lugar adequado para lavar as mãos, toda essa conjuntura interfere na infecção (Ator Social 15).

Eu acho que também é pela alta rotatividade de pessoas no setor, trabalha-se com vários tumos de profissionais, tem aqueles que acham que tem importância as medidas para o CIH e outros que acham que não. Para alguns é besteira essa história de IH., eles dizem: eu não vejo a bactéria, e eu sei que aqui está tão limpinho[...] (Ator Social 28).

Não acho que seja negligência, tem muita coisa que é falta de conhecimento, quem não sabe o que procura não sabe o que encontra. Não acho que seja negligência ou má fé, é que os profissionais de saúde não tem conhecimento, tem que ficar em cima, tem que ensinar, tem que falar sobre os riscos da IH. Quem tem o conhecimento tem que passar para quem não tem, porque não adianta tu dizeres que vai treinar todo mundo, que tu não consegues. Não são todas as pessoas que tem o mesmo treinamento, principalmente no HU, as pessoas são interessadas, mas as vezes não sabem nada sobre IH, acham que não vai fazer mal se não lavarem as mãos (Ator Social 9).

A infecção hospitalar é uma realidade mundial. Estudos têm demonstrado (PITTET, 2001, TIERNO, 2001, WEINSTEIN, 2001) que uma das medidas mais simples e eficaz para o CIH é a lavagem das mãos, um importante legado de Semmelweis (1947), para a ciência médica, infelizmente, até hoje, é negligenciado por muitos profissionais.

Ressalta Pittet (2001, p.236) que a infecção hospitalar tem sido reconhecida, há mais de um século, como um problema hospitalar grave que afeta a qualidade de saúde do paciente internado. Infelizmente, há mais de um século e meio, que as instituições hospitalares e a saúde pública mundial,, vêm lutando para reduzir as altas taxas de Infecção Hospitalar em todo o mundo.

Estudos desenvolvidos, por Haley, et al. (1985), indicam que 1/3 de todas as infecções hospitalares são preveníveis.

Segundo Cardo (1999, p. 5), hoje, cada vez mais sabemos a etiologia das infecções hospitalares, os fatores de risco e até como preveni-las. Porém ainda não descobrimos um jeito de mobilizar os profissionais de saúde a lavarem as mãos. Ela comenta que, no Brasil, existe um estudo do Ministério da Saúde realizado em 1994 (depois deste estudo não houve mais nenhum outro) que mostrou que a taxa de infecção hospitalar nos hospitais brasileiros é de 15,62% em média, para ela, este dado reflete a péssima qualidade nos serviços hospitalares brasileiros.

Nos países desenvolvidos a taxa de infecção hospitalar, considerada como aceitável, gira em torno de 3 a 6%. No Hospital Universitário, da UFSC, de acordo com o boletim epidemiológico divulgado pela CCIH, incluindo o período de Janeiro a Dezembro de 2000, a IH foi, em média, de 14,15% nas unidades de internação. Extraiu-se do Boletim Epidemiológico, também, que a mediana do tempo de internação, para pacientes que não contraíram EH foi de quatro dias ao passo que para os pacientes que adquiriram a IH foi de 22 dias.

Conforme as reflexões colhidas dos Atores Sociais, os mesmos também apontam existir ainda no HU, alguns profissionais de saúde que não adotam, na sua prática hospitalar, esta simples e tão importante medida de CIH, a lavagem das mãos.

Destaca-se que, além da negligência, da falta de conhecimento, referidas por determinados Atores Sociais, outros fatores também foram considerados de relevância e que contribuem para dificultar o controle da infecção hospitalar tais como; as condições que os funcionários trabalham, sobrecarga de trabalho da equipe, não dispor do melhor material adequado, como luvas, falta de lugar adequado para lavar as mãos.

Para a infectologista brasileira, chefe do setor de Infecção Ocupacional do CDC (Center for Disease Control and Prevention), Dra. Denise Cardo (1999), os estudos que o CDC investigou mostram que, provavelmente, o aumento das infecções em unidades hospitalares está relacionado a uma queda do número de enfermeiros por pacientes. Esta é uma situação que está acontecendo nos USA, por causa da redução de custos. Estão reduzindo o número de profissionais, com aumento de carga horária, também contratando mão-de-obra terceirizada, da qual não há controle em termos de treinamento.

Esta declaração de Cardo, acima citada, associada com as dificuldades elencadas, pelos Atores Sociais, dão um perfil da situação geral do provável descaso com o problema da IH. Um aspecto a ser refletido à luz do princípio da responsabilidade de Hans Jonas!

O Quadro 10, a seguir, mostra as unidades de significados desta subcategoria controle da infecção hospitalar.

Quadro 10 - A dificuldade do controle da infecção hospitalar será por falta de conhecimento teórico, ou por negligência dos profissionais de saúde?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Controle da infecção hospitalar
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Falta de convicção.
 - As duas coisas, falta de conhecimento e negligência (5x)
 - Tem também as condições que os funcionários trabalham, sobrecarga de trabalho da equipe, não dispor do melhor material, de luva, de lugar adequado para lavar as mãos, toda essa conjuntura interfere na infecção Hospitalar.
 - É mais negligência que conhecimento. Porque a informação está a disposição de todos.
 - Por Negligência (5x).
 - Negligência. Falta de conhecimento não é, por que todo mundo fala sobre IH, todos estão conscientes.
 - É também pela alta rotatividade de pessoas no setor, trabalha-se com vários turnos um acha que tem importância, a IH, o outro acha que não.
 - É a besteira dessa história, eu não vejo a bactéria, porque eu sei que aqui está tão limpinho, porque que aqui não vai ter bactéria.
 - Não acho que seja negligência. Tem muita coisa que é falta de conhecimento, quem não sabe o que procura não sabe o que encontra.
 - Não adianta achar que as pessoas sabem, tem que estar em cima e conversar, ensinar[...] . Não acho que seja negligência ou má fé, é que eles não tem conhecimento, tem que ficar em cima, tem que ensinar, tem que dizer, e quem tem o conhecimento tem que passar para quem não tem, porque não adianta tu dizer que vai treinar todo mundo que tu não consegue. Não são todas as pessoas que tem o mesmo treinamento, principalmente no HU, as pessoas são interessadas, mas as vezes não sabem, acham que não vai fazer mal.
 - Falta de conhecimento, tem médico que chega a confundir *Bnterococos* (bactéria Gram positiva) com *Enterobacter* (bactéria Gram negativa), isso a gente sabe porque eles vem perguntar [...] . então começa a usar vancomictna para *Bnterobacter*.
-

Análise e Discussão da questão número 11 - Por que muitos profissionais de saúde ainda relutam em adotar medidas de assepsia para o controle da infecção hospitalar?

A maioria dos Atores Sociais (33,32%) alega falta de conhecimento dos profissionais de saúde, outros (38,88%) por comportamento inadequado, alguns (11,10%) salientam que o problema é oriundo da rotina diária.

Ressalta-se, contudo, que algumas “falas” (16,65%) expressam sua opinião de modo distinto, como, por exemplo;

Não sei (Ator Social 16), por que são tolos por natureza (Ator Social 1),[...] no nosso meio isso não ocorre, há uma orientação sobre como atuar conforme as medidas de CIH, desde a enfermagem até os cirurgiões(Ator Social 5).

Evidencia-se que a maioria dos entrevistados apontou diferentes meios que levam os profissionais de saúde a relutarem a adotar medidas de assepsia para o CIH. Assim, embora as respostas fossem diferentes uma das outras, algumas enfatizavam o mesmo tipo de problema.

o *que* ßunificou juntá-las em três distintas Categorias; Conhecimento teórico. Conhecimento prático e tica da Responsabilidade.

Na Categoria Conhecimento teórico, desatacam-se as seguintes opiniões:

Alguns por desconhecimento da gravidade do problema da IH (Ator Social 15).

Falta de conhecimento e resistência de muitas profissionais de saúde (Ator Social 26).

Talvez porque não conheçam o assunto, eu percebo que  falta de conhecimento sobre IH. Quando os profissionais de saúde começam a conhecer as causas da IH, elas começam a acreditar naquilo que elas aprenderam (Ator Social 12).

Eu ainda acho que eles não acreditam na morbidade e mortalidade por IH e estudam muito pouco. A gente vê que os profissionais de saúde estudam pouco. Mesmo hoje, com todos os recursos que nos temos, como por exemplo como a Internet, eles se atualizam muito pouco. Eles acham que o curso básico de graduação é suficiente para todo o conhecimento que eles querem ter para a vida profissional. Resumindo: seria a falta de interesse, falta de estudo e falta de um controle maior, mais rigoroso encima deles. Uma lei que obrigue com que eles façam isso. No Hospital Univeritrio, a CCIH tem imia portaria de funcionamento da comissão, mas ela não d este respaldo de penalizar o profissional por um erro cometido (Ator Social 29).

Considero que a causa está na diferença grande entre a teoria e a prática. Porque ou a prática está pervertida, é o que acontece na maioria dos casos ou então a teoria está errada. A teoria tem uma facilidade maior de estar certa. O que acontece que no dia a dia da prática assistencial, os profissionais de saúde se tomam mais ásperos e menos cuidadosos no exercício da profissão e mesmo sabendo que algumas daquelas ações são danosas elas continuam fazendo. De novo a importância de ter alguém chamando a atenção (Ator Social 11).

Em relação à Categoria conhecimento prático, foram selecionados os seguintes comentários:

Creio que com a sua rotina diária, os profissionais de saúde, colocam como empecilho os seguintes fatores: muito paciente para atender, falta de tempo, preencher muitos formulários. A rotina realmente dificulta um pouco, eu acho que é isso (Ator Social 24).

Por falta de condições do ambiente hospitalar e, para outros deve ser bloqueio psicológico, a profissional de saúde v tanta coisa no dia a dia que a caba achando que não vai acontecer que seu paciente venha adquirir infecção hospitalar. (Ator Social 15).

Alguns Atores Sociais atribuem que a dificuldade dos profissionais de saúde em adotarem medidas de assepsia para o CIH estão fundamentadas no comportamento inadequado, na negligência, no comodismo, na preguiça, na falta de responsabilidade.

Quanto  Categoria tica da Responsabilidade, destacam-se as opiniões abaixo transcritas:

Acho que tem profissional de saúde que não admite inovações,  da era antiga ainda (Ator Social 6).

Acho que  ignorância destes profissionais de sades, muitos são acomodados acham que já sabem tudo (Ator Social 14).

É um vício, e eliminar esse vício é mais difícil que criar uma metodologia nova. Então, esse é o grande problema dos profissionais de saúde não lavar as mãos, eles manipulam material sem lavar as mãos.

Por negligência, comodismo, preguiça, (respectivamente Atores Sociais 22,23, 27).

Eu acho que é uma negligência da parte dos profissionais de saúde em não lavar as mãos e também falta de estímulo por parte de todo mundo. Eu estou falando de todos os profissionais de saúde, porque é lógico que a infecção hospitalar não é causada só uma classe profissional, todos que trabalham na área da saúde (Ator Social 27).

A relutância, de alguns profissionais de saúde, em não querer admitir inovações, o fato de achar que tudo está muito limpo então não precisa lavar as mãos[...] (Ator Social 28).

Comportamento inadequado dos profissionais de saúde. Porque não estão trabalhando na UTI, se estivessem aqui vendo as pessoas morrerem de IH teriam outra conduta. É fácil pegar um paciente na emergência e depois não saber o que aconteceu na UTI, o quanto de trabalho para tratar as infecções hospitalares graves, o quanto de seqüela ficou depois. Se os profissionais de saúde vissem a pontinha do iceberg que é o que a gente vê aqui, na UTI, eles teriam mais cuidado com um paciente, quantos antibióticos prescritos errados ou o seu uso indiscriminado, isso provoca consequência grave para o doente. Os profissionais de saúde precisam ver e saber que as pessoas morrem de IH., para tomarem consciência do que está acontecendo. Por isso acho que a CCIH deve mostrar os números de infecção hospitalar que ocorrem no HU e em que unidade ela está ocorrendo. Há muita gente morrendo em cirurgias limpas. Fica tudo muito na teoria, os profissionais de saúde não vêm o paciente morrer de choque séptico, por infecção hospitalar (Ator Social 9).

Na opinião de Weinstein (2001), não existem dados mundiais precisos de taxas de morte por IH, mas só nos Estados Unidos morrem mais de 140.000 pessoas por ano de infecção adquirida nos hospitais.

Segundo Zancanaro (2000, p.311), “para Jonas, os homens modernos, cuja razão tinha por objeto organizar o “caos”, de sujeito tomou-se objeto da técnica, e, pelo seu excesso de poder, ameaça o ecossistema”.

Fazendo uma analogia deste pensamento de Jonas com as declarações dos Atores Sociais, transcritas acima, pode-se dizer que o profissional de saúde cujo objeto de seu cuidado é o bem-estar do paciente, isto é, cuja razão de sua prática é organizar o “caos” provocado pela doença, de sujeito cuidador da doença, tomou-se o agente causador de infecção hospitalar, e pela negligência da lavagem das mãos, pelo uso indiscriminado de antibióticos, por conhecimento inadequado ameaça a ecologia das bactérias, tomado-as resistentes e com isso aumentam as taxas de morbidade e de mortalidade da infecção hospitalar.

Os Quadros 11, 11a e 11b mostram as unidades de significados das categorias desta análise.

Quadro 11 -Por que muitos profissionais de saúde ainda relutam em adotar medidas de assepsia para o controle da infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Conhecimento Prático
Subcategoria: Controle da infecção hospitalar.
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- rotina diária é um impecilho. muito paciente para atender, falta de tempo
 - falta de tempo, são acomodadas (2x)
 - um vício.
 - » preguiça
-

-
- não lavar as mãos
 - manipulam material sem lavar as mãos
 - não lavar as mãos
 - o fato de achar que tudo está muito limpo
 - não sei.
-

Quadro 11a -Por que muitos profissionais de saúde ainda relutam em adotar medidas de assepsia para o controle da infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Controle da infecção hospitalar.
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- ignorância das pessoas
 - acham que sabem tudo
 - no nosso meio isso não ocorre , há orientação desde a enfermagem até os cirurgiões
 - eles não acreditam na IH.
 - não conhecem o assunto
 - falta de conhecimento
 - estudam muito pouco
 - se atualizam muito pouco
 - eles acham que o curso básico da graduação é suficiente para todo o conhecimento que eles querem ter na vida profissional
 - falta de estudo
 - diferença grande de teoria e prática
 - quanto trabalho para tirar pacientes de IH graves, quanto de seqüela ficou depois [...].
-

Quadro 11b -Por que muitos profissionais de saúde ainda relutam em adotar medidas de assepsia para o controle da infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Ética de Responsabilidade
Subcategoria: Controle de infecção hospitalar.
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- por que são tolos
 - não admitem inovações
 - resistência de muitas pessoas
 - eliminar este vício é mais difícil que criar uma nova metodologia
 - negligência
 - sim, com certeza negligência
 - falta de estímulo (por parte de todo mundo)
 - falta de interesse
 - a relutância de não querer[...].
 - falta de um controle maior e mais rigoroso em cima deles,
 - falta uma lei que obrigue com que eles façam isso.
 - nós temos uma portaria de funcionamento da CCIH, mas ela não nos dá este respaldo assim de penalizar o profissional, um erro.
 - a prática está pervertida
 - no dia-a-dia da profissão as pessoas se tomam mais ásperas e menos cuidadosas no exercício da profissão
 - eles mesmo sabendo que algumas daquelas ações são danosas elas continuam fazendo[...]
 - a importância de ter alguém chamando a atenção
 - por que não estão trabalhando na UTI, se estivessem vendo as pessoas que morrem teriam outra postura
 - se as pessoas vissem a pontinha do incêrigo que é o que a gente vê na UTI eles teriam mais cuidado
 - quantos antibióticos prescritos errados,
 - uso indiscriminado, isso é, vai ter consequência grave para o paciente
 - as pessoas precisam ver que as pessoas morrem para tomar consciência do que está acontecendo
 - a CCIH deve entrar em atividade, mostrar as infecções e onde estão ocorrendo,
 - fica fixado muito na teoria, as pessoas não vêm o paciente morrer de choque séptico
 - há muita gente morrendo de cirurgias limpas.
-

Análise e Discussão da questão número 12 - Você sabe como as bactérias se tornam resistentes aos antibióticos?

A resistência antimicrobiana toraou-se o principal problema de saúde pública no mundo, afetando todos os países, desenvolvidos ou não. Ela é uma inevitável consequência do uso indiscriminado de antibióticos em humanos e animais. Na Europa e na América do Norte, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA), *Streptococcus pneumoniae* não susceptível a penicilina (PNSSP), enterococos resistente a vancomicina (VRE), e *Enterobacteriaceae* produtoras de beta-lactamase de espectro ampliado (ESBL) têm emergido e se espalhado nas comunidades e hospitais (HSUEH, PO-REN et al., 2002).

Pela magnitude da resistência bacteriana aos antibióticos é imprescindível que este problema seja assimilado e bem compreendido por todos os profissionais de saúde.

Também é importante enfatizar que a responsabilidade ética deve permear as condutas dos profissionais que prescrevem os antibióticos, médicos e cirurgiões-dentistas, das enfermeiras que cuidam e administram estes medicamentos, os bioquímicos que isolam e identificam as amostras bacterianas sensíveis ou resistentes e os farmacêuticos que coordenam, controlam e distribuem antibióticos e/ou outros fármacos nos hospitais ou na comunidade.

Assim, o objeto desta pergunta é saber se os profissionais de saúde conhecem os mecanismos pelos quais as bactérias adquirem resistência.

Salienta-se que os dois mecanismos principais pelos quais a resistência aos antibióticos se desenvolve e se espalha de uma bactéria para outra são a mutação e/ou a transferência de informação genética entre as bactérias.

Pela análise dos dados obtidos, infelizmente, constatou-se que apenas 14,28%, dos profissionais de saúde, entrevistados, conseguiram explicar corretamente que sabiam como as bactérias se tomavam resistentes:

Sim, há vários mecanismos, desde a transmissão interbactérias por plasmídeo, que codificam a produção de beta lactamase (Atores Sociais 9).

Sei, por um processo de mutação genética, uma seleção (Atores Sociais 10).

Tenho idéia de alguns mecanismos, como passar material genético de uma bactéria para outra (Atores Sociais 16).

Aponta-se que alguns (23,80%) dos Atores Sociais também manifestaram que sabiam como as bactérias se tomavam resistentes, porém suas opiniões foram explicitadas num simples Sim. A maioria (61,89%) relaciona o uso indiscriminado com o mecanismo pelo qual as bactérias se tomam resistentes, entretanto, isso não é verdadeiro, uma vez que o uso indiscriminado de antibióticos é a variável mais importante que influencia a pressão seletiva da resistência bacteriana. O antibiótico não induz a resistência, mas seleciona as células resistentes.

No Quadro 12, a seguir, apresentam-se as “falas” dos Atores Sociais contidas neste tópico

Quadro 12 -Você sabe como as bactérias se tornam resistentes aos antibióticos?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: resistência bacteriana
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- **Sim (IOx)**
 - Sim. A partir do momento que tu usas um antibiótico de forma errada ela vai se tomando resistente quando precisar e o medico prescrever ela vai estar tão resistente, isso acontece em casa .
 - Pelo uso indiscriminado, não usa corretamente, daí elas se tomam resistentes ao organismo, flca resistente eu acho que é por isso.
 - É pelo uso indevido do próprio antibiótico, que digamos, a pessoa faz o tratamento, o médico dá xim medicamento para criança tomar que está com tal infecção, o adulto vai lá e dá dois dias e a mãe acha o meu filho já melhorou e eu guardar este remédio na geladeira, quando adoecer novamente eu tenho pra dar. Só que quando ela for dar da próxima vez, ela vai dizer da outra fez bem, agora não, não sei porque.
 - Mas se ela faz isso quem seria o responsável de orientar essas pessoas?
 - Eu acho que ela tem contato direto com o médico e o farmacêutico ainda reforçar isso no balcão da farmácia. O balconista da farmácia deve reforçar isso dizendo: “oiia a senhora tem que fazer o tratamento certo senão não adianta. Na hora da prescrição isso também deve acontecer, mas no balcão da farmácia também é importante.
 - Sim. Por um processo de mutação genética, uma seleção. E principalmente uma seleção com uma resistência de após matrizes que já geram outras cepas, enfim esse é um processo genético.
 - Tenho idéia de alguns mecanismos, passar material genético de xmia para outra,
 - Há vários mecanismos desde a transmissão inter-bactérias plasmídeo, até produção de beta lactamase.
 - Pelo uso até indiscriminado, pelo uso abusivo deste antibiótico ela acaba se tomando resistente
 - As bactérias têm uma facilidade muito grande de se *tomarem* resistentes. Existe várias maneiras delas se tomarem resistentes, por exemplo, pela produção de enzimas, como a produção da Beta-lactamase, que vai atuar contra o antibiótico penicilina. Assim, as bactérias acabam produzindo vários mecanismos de defesa contra os antimicrobianos. Isto é resistência aos antimicrobianos.
 - uso indiscriminado de antibióticos faz com que as bactérias se acostumem com eles e acabam resistindo a eles[...].
 - Mais ou menos
 - De uma forma geral, sim.
 - Sim. O uso indiscriminado de antibióticos é um fator.
 - Através de um plasmídeo ou gene. No caso da vancomicina ela dá uma resistência maior aos estafilococos.
 - Sim. O antibiótico pode ter sido escolhido inadequado para aquela bactéria , porque muitas vezes o tratamento que se inicia é empírico, não se sabe qual é o agente etiológico ainda , então se inicia com um antibiótico que não é adequado para aquela bactéria .Elas vão ter uma modificação na sua estrutura que vai aumentando a capacidade das bactérias se tomando resistentes.
-
- » Com o uso indiscriminado dos antibióticos.
-

Análise e discussão da questão número 13 - Como o fenômeno da aquisição da resistência bacteriana aos antibióticos é entendido por você? É um fenômeno natural ou um problema provocado pelo homem?

De acordo com Cano e Calomé (1996, p.723), no final da década de 40, quando a gonorréia começou a ser tratada com antibiótico, uma simples dose de 200.000 unidades de penicilina era suficiente para liquidar com a infecção. Já, na metade de 1950, amostras parcialmente resistentes começará a surgir, as quais requeriam altas doses de penicilina para serem eliminadas. Em 1975, 4,8 milhões de unidades de penicilina eram necessárias para o tratamento de infecções causadas *péia. Neisseria gonorrhoeae*.

O fenômeno da resistência bacteriana vem sendo intensivamente estudado e pesquisado principalmente a partir de 1970, quando foram detectadas amostras de *S. aureus*, resistentes à Meticilina (MRSA), no Royal Hospital Brisbane, na Austrália.

Reforça-se que, por causa do uso excessivo de muitos antibióticos no mundo todo, muitas espécies bacterianas portadoras de fatores de resistência foram selecionadas, resultando no aumento crescente de amostras de bactérias resistentes. Em outras palavras, o antibiótico não induz à resistência. A resistência adquirida é um fenômeno espontâneo em que a pressão dos antibióticos apenas seleciona a bactéria resistente.

Assim, o intento deste questionamento é verificar o que significa o fenômeno da aquisição da resistência bacteriana para os sujeitos entrevistados.

Aponta-se que somente alguns (23,80%) dos profissionais de saúde, **acertaram esta questão**, isto é, disseram que é um fenômeno natural. Transcrevem-se abaixo as opiniões corretas sobre o significado a respeito do fenômeno:

É natural, só que o homem piora (Ator Social 15).

É natural e agravado pelo homem, se o homem não interferisse não agravaria o problema (Ator Social 9).

Acho que ambos, é um fenômeno natural quando relacionado ao antibiótico mas o uso indiscriminado é o principal responsável na aceleração do processo (Ator Social 11).

Problema natural agravado pelo homem (Ator Social 22).

Outrossim, importa enfatizar que o ponto de vista da **maioria (76,17%)** dos Atores Sociais, sobre o fenômeno da aquisição da resistência bacteriana, **foi incorreto**. Um número muito significativo, que dá margens a questionar que existe entre estes profissionais de saúde um desconhecimento teórico/prático de Microbiologia.

Nunca é demais lembrar que os profissionais de saúde, entrevistados e que trabalham num Hospital Escola, considerado o melhor do Estado de Santa Catarina, não poderiam desconhecer como a bactéria se torna resistente.

O Quadro 13 apresenta as “falas” ou unidades de significados sobre a resistência bacteriana.

Quadro 13 - Como o fenômeno da aquisição da resistência bacteriana é entendido por você? É um fenômeno natural ou um problema provocado pelo homem?

Categoria Analítica; Conhecimento teórico
Subcategoria: Resistência bacteriana
Unidades de Significados; Falas dos Atores Sociais

- Provocado pelo homem em função do uso indiscriminado de antibióticos (6)
- As duas coisas (5x)
- **Boa pergunta. É um problema causado pelo homem.**

» Natural, só que o homem piora

-
- Natural e agravado pelo homem , se o homem não interferisse não agravaria o problema, ele ocorre naturalmente na natureza, é uma maneira daquele organismo sobreviver a interferência toma ele mais evidente e acelerado, mas o homem não cria.
 - Acho que ambos, é um fenômeno natural quando relacionado ao antibiótico, mas o seu uso indiscriminado é o principal responsável na aceleração do processo
 - Ambos. Mas, o homem piora. Por exemplo, quando por pressão seletiva do uso indiscriminado do antimicrobiano sobre as bactérias, Existem drogas que são mais resistentes do que as outras. Se tu pegares uma micacina, ela já é mais resistente que a penicilina, porque a bactéria precisa vencer mais mecanismos de resistência do antibiótico para se tornar resistente.
 - Natural e agravado pelo homem , se o homem não interferisse não agravaria o problema, ele ocorre naturalmente na natureza, é tmia maneira daquele organismo sobreviver a interferência toma ele mais evidente e acelerado, mas o homem não cria.
 - Problema natural, agravado pela ação do homem
 - Os dois, mas, mais o homem.
 - Provocado pelo homem.
 - A bactéria é um ser vivo e tem uma vida curta, então qualquer alteração no meio propicia ela a desencadear imi mecanismo de defesa, exemplo é a bactéria *pseudomonas* só vai agir se outras bactérias se não se manifestarem ..
- » A maior parte é provocado pelo homem, considerando que tem as resistências naturais.
-

Análise e discussão da questão número 14 - Você está suficientemente esclarecido

(a) sobre a gravidade do uso indiscriminado do antibiótico na sua prática assistencial?

Nas últimas décadas, a resistência bacteriana tem causado um impacto significativo no meio ambiente hospitalar e na comunidade no mundo todo.

Richet (2001) evidencia que este impacto se deve principalmente às características dos antimicrobianos resistentes que estão sendo amplamente distribuídos entre os microorganismos. Atualmente, muitos patógenos clinicamente importantes são resistentes para todos ou a quase todos antibióticos, fazendo deste fenômeno um importante e grave problema de saúde pública mundial.

No Brasil, também o panorama da resistência bacteriana é preocupante, e o crescente surgimento de novas amostras resistentes nos hospitais, vem causando inquietação entre os profissionais de saúde.

Para o infectologista, Grinbaum (2000), o uso de antibióticos está diretamente relacionado a este aumento de incidência de resistência. O uso inadequado de antibióticos aumenta o risco de seleção, de cepas bacterianas resistentes, sem uma justificativa coerente.

Para Gontijo, et al. (2001), há poucos dados sobre Infecção Hospitalar (IH) e colonização por microrganismos multiresistentes, principalmente, em pacientes idosos no Brasil.

Os profissionais de saúde deste estudo, quando questionados, você está suficientemente esclarecido sobre a gravidade do uso indiscriminado do antibiótico na sua prática assistencial, a maioria (68,42%), respondeu um sintético SIM, destes 52,62% são profissionais de saúde que prescrevem antibióticos (médicos e cirurgiões dentistas). Outros (10,52%) expressaram

um seco Não. Salienta-se que 5,26% dos entrevistados declaram “*saher mais ou menoif*”. Entretanto, 10,52% , além de responderam Sim, justificam suas opiniões, como se pode observar a seguir:

Sim. A gente tenta inclusive oferecer orientação aos médicos, mais muitos profissionais não tem sensibilidade, então cada tuna é responsável pelo que faz (Ator Social 18).

Sim. Acho que dentro das minhas atribuições estou, mas ressalt,o eu não prescrevo antibiótico (Ator Social 23).

Da análise, evidencia-se que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados apresenta respostas que indicam estarem esclarecidos sobre a gravidade do problema da resistência. Porém existe entre eles aqueles que revelaram não conhecer a gravidade do uso indiscriminado de antibióticos no meio hospitalar e um afirma possuir pouco esclarecimento.

Interessante é sublinhar que entre profissionais de saúde, deveria haver uma sincronia de informações para que não ocorresse desfazem de conhecimento entre as diversas equipes de saúde de diferentes unidades hospitalares. O objeto da arte de cuidar permeia a prática assistencial de todos os profissionais de saúde. Ressalta-se a “fala” do Ator Social 18, quando o mesmo diz: [...] *então cada uma é responsável pelo que faz[...]*Je pautar sua conduta profissional na ética da responsabilidade. Uma ética que visa o coletivo, a preservação de vida das gerações futuras. Implícito está que compete a cada profissional de saúde fazer sempre o melhor para diminuir o uso indiscriminado de antibióticos para, então, minimizar o surgimento de novas cepas resistentes.

Conforme afirma Hans Jonas, em seu livro Técnica, medicina y ética, (1997, p.35), “com o que fazemos no presente, aqui e agora, a maioria das vezes pensando em nós mesmos, influímos massivamente sobre a vida de milhões de pessoas, em outros lugares e no futuro, que não têm voz nem voto a este respeito”.

No Quadro 14, apresentam-se os dados da subcategoria uso indiscriminado de antibióticos.

Quadro 14 - Você está suficientemente esclarecido (a) sobre a gravidade do uso indiscriminado do antibiótico na sua prática assistencial?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Uso indiscriminado do antibiótico
Unidades de Significados: Faixas dos Atores Sociais

- Sim (13 x)
 - Mais ou menos
 - Não (2 X)
 - Perfeitamente
 - Estou, lógico que estou
 - Sim. A gente tenta inclusive oferecer orientação aos médicos, mais muitos profissionais não tem
-

sensibilidade, então cada uma é responsável pelo que faz.

• Sim. Acho que dentro das minhas atribuições estou. Mas, ressaltar eu não prescrevo antibiótico.

Análise e Discussão da questão número 15 - Para você, existem questões éticas envolvidas ao problema do uso indiscriminado de antibiótico na resistência bacteriana e infecção hospitalar?

A maioria absoluta dos Atores Sociais diz que existem questões éticas envolvidas ao problema do uso indiscriminado de antibiótico na resistência bacteriana e infecção hospitalar e, os mesmos expressam seus pontos de vista sob diferentes ângulos. Contudo, resalta-se que a maioria respondeu apenas Sim, mas outros Atores Sociais conseguem verbalizar suas opiniões, como se transcreve a seguir:

Sim. Isso aí eu acredito que existe mesmo, é falta de prática, falta de experiência, falta de ética.

Esta “fala” pode ser validada pelo pensamento de Berlinguer e Garrafa (1996), quando eles dizem que [...] muitas dificuldades éticas e práticas nascem não por excesso, mas por falta de conhecimento e técnica.

Para o Ator Social 10, a problemática da questão em pauta perpassa pelo princípio da sustentabilidade e argumenta que o uso racional poderá alavancar a preservação das gerações vindouras, em destaque abaixo;

Sim, existem questões éticas envolvidas ao problema do uso indiscriminado de antibiótico na resistência bacteriana e infecção hospitalar. É este o princípio da sustentabilidade. É o uso com moderação de antibióticos, fazer com racionalidade, para que as futuras gerações tanto da minha espécie quanto meio natural possam resistir. A questão da multi-resistência microbiana é tão grave que nós podemos daqui a pouco gerar uma cepa tão resistente que em pouquinho meses ela poderá dizimar boa parte da humanidade (Ator Social 10).

De acordo com Cucurella (1998 p. 8), em princípio, a atividade científica é beneficiar todos. Mas certos usos e as distintas formas de abuso de suas aplicações têm abalado a sensibilidade dos contemporâneos. Não somente temos que falar da bomba atômica, senão também da guerra química e bacteriológica, da poluição ambiental por diversos tipos de explorações, abusos de produtos químicos (gases, inseticidas, etc.), utilização de pessoas em experimentos realizados sem a mínima garantias, manipulações de alimentos, de medicamentos.

Deve-se lembrar que o uso indiscriminado de antibiótico interfere na ecologia das bactérias, como consequência, ocorre o surgimento crescente de amostras resistentes a estas drogas.

Sim. Acho que é, com certeza, **uma questão ética**, porque existe o mau uso, ou seja, o uso indiscriminado de antibióticos. Por exemplo, **o resfriado comum, 50% do resfriado comum é tratado com antibiótico (Ator Social 12).**

Destaca-se que esta “fala” aborda uma importante questão que vem sendo estudada há algum tempo nos meios científicos de todo o mundo, pois parece ser grande o número de médicos que erroneamente prescrevem antibióticos para tratar pacientes com doenças virais. De acordo com o CDC, estima-se que 50% de todos os antibióticos prescritos pelos médicos são desnecessários. Muito do aumento da resistência aos antibióticos é o resultado do uso de antibióticos para infecções virais, tais como para resfriado comum ([?Avw. neatscape.aoua](#)). Estudiosos (OKEKE, 2001, WEINSTEIN, 2000, DRLICA 2001 e outros) reforçam a necessidade do médico não usar antibióticos nos quadros gripais. Assim, de acordo com Drlica (2001), muitas estratégias têm defendido minimizar o desenvolvimento da resistência. Uma é diminuir o consumo de antibióticos e aconselhar médicos a evitar antibióticos, quando o sintoma da doença é devido a infecção viral (Ex.; Gripe).

A “fala” do mesmo Ator Social revela, ainda, o seguinte significado:

Então se o profissional de saúde fosse mais informado sobre o perigo do uso indiscriminado de antibióticos e resistência bacteriana, provavelmente ele não estaria submetendo o paciente a efeitos colaterais desnecessários, como alteração da sua microflora, e outros mais. Eu acredito que tudo isso seja ético, porque é uma prática errada.

Outros Atores Sociais, participantes deste estudo, assim se expressam:

Acho que isso é a ética pessoal, bem além da ética da profissional. O profissional de saúde tem que estar envolvido nisso. Tem a ética pessoal, com a outra a pessoa, com profissional. O profissional de saúde tem que praticar suas ações no seu trabalho de maneira correta, até com o outro ser humano e também pensando no futuro (Ator Social 29).

Evoca-se para esta “fala” o imperativo condicional da Ética da Responsabilidade, de Hans Jonas que diz: “Age de tal modo que os efeitos de tua ação de hoje não sejam destrutivas para possibilidade a futura dessa vida”.

Sim, existem questões éticas envolvidas ao problema do uso indiscriminado de antibiótico na resistência bacteriana e infecção hospitalar. Considero inúmeras, dentre elas o despreparo do mundo ocidental para a morte. Muitos pacientes que são trazidos para a UTI, em outras sociedades eles não seriam trazidos, tratados e não adquiririam essas infecções hospitalares[...] . Mas quem parte do paradigma cristão de que toda vida deve ser salva, como uma paciente que nós temos aqui, embora tenha 70 anos, tenha condições de sobrevivência muito ruins, mas, por insistência da família ela está sendo tratada[...] . Ela é uma séria candidata a ser disseminadora de bactérias resistentes (Ator Social 11).

O entender do significado desta “fala” necessita repensar Vida e Morte. Embora este assunto diretamente não faça parte deste trabalho, porém ele é tangencial sob a perspectiva que é alta a taxa de pacientes que morrem de IH. Assunto retratado por este profissional de

saúde é uma realidade mundial, de grande relevância bioética, é polêmico, complexo, mas digno de um estudo mais profundo e, quem sabe, tema para futuras pesquisas.

Contudo, para respaldar esta reflexão/crítica que emerge na totalidade desta “fala”, especialmente em relação aos paradigmas acima descritos, encontrou-se o apoio no seguinte pensamento de Cucurella (1998, p. 13); “As novas tecnologias multiplicam as possibilidades de intervenção e modificação de muitos processos vitais, Isso comporta a necessidade de tomar decisões complexas, porque envolvem a distintos indivíduos, às vezes as pessoas futuras e os interesses de cada uma delas podem entrar em conflito. É preciso clarear os distintos tipos de situações e adotar procedimentos de decisão que não lesionem os direitos individuais (legal e eticamente reconhecidos) ou que os limitem na menor medida possível.”

Quanto a fala do Ator Social 11 [...] como uma paciente que nós temos aqui, embora tenha 70 anos, tenha condições de sobrevivência muito ruins, mas, por insistência da família, ela está sendo tratada[...] . ela é uma séria candidata a ser disseminadora de bactérias resistentes, vem ao encontro do que diz Andrasevic et al. (2002, p. 14),

as bactérias mais resistentes, geralmente, encontram-se nas unidades intensivas (UTIs). Por que neste ambiente existe uma combinação de fatores predisponentes tais como pacientes debilitados, com patologias complexas, uso de tecnologia invasivas, alto uso de antibióticos facilitam o surgimento de infecções hospitalares por estafilococos multi-resistentes, enterobactérias resistentes a cefalosporinas de terceira-geração, e imipenem-resistência bactérias não fermentativas. Consequentemente, morte e aumento de custos hospitalares.

Assim, observa-se que a angústia traduzida por este Ator Social 11 é permeada de preocupações bem reais.

Sim, existe. A ética da conduta médica associada ao respeito humano[...] , tenho também que ouvir a relação custo-benefício, é a ética do trabalho médico (Ator Social 5)-

Sim, existe, principalmente quando o médico está envolvido (Ator Social 5).

Não se pode dizer que não existe, eu acredito mais em “comodismo” que implica num problema ético (Ator Social 9).

De modo geral, as “falas” diversificada dos Atores Sociais revelaram com muita propriedade as questões éticas do grave problema do uso indiscriminado de antibióticos.

Este fato vem reforçar a idéia de que há necessidade que os profissionais de saúde venham, na sua prática assistencial, refletir sobre os aspectos bioéticos, segundo o Princípio da Responsabilidade, concebida por Hans Jonas, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar.

Para este momento, destaca-se o imperativo incondicional, negativo, de Hans Jonas (1995, p. 40); “não ponhas em perigo as condições da continuidade indefinida da humanidade na terra”

No Quadro 15, têm-se as unidades de significados sobre as questões éticas do uso indiscriminado de antibióticos.

Quadro 15 - Existem questões éticas envolvidas ao problema do uso indiscriminado de antibiótico na resistência bacteriana e infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade

Subcategoria: Uso indiscriminado de antibiótico . resistência bacteriana e infecção hospitalar

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

"IStin(17X)

- Sim. Isso aí eu acredito que existe mesmo, é falta de prática, falta de experiência, falta de ética.
 - Sim. É este o princípio da sustentabilidade. É o uso com moderação de antibióticos, fazer com racionalidade, para que as futuras gerações tanto da minha espécie quanto meio natural possam resistir. A questão da multi-resistência microbiana é tão grave que nós podemos daqui a pouco gerar uma cepa tão resistente que em pouquinho meses ela poderá dizimar boa parte da humanidade. Deve-se lembrar que o abuso do uso excessivo de antibiótico interfere na ecologia das bactéria, como consequência, ocorre o surgimento crescente de amostras resistentes a estas drogas.
 - Sim. Acho que é, com certeza, uma questão ética, porque existe o mau uso, ou seja, o uso indiscriminado de antibióticos. Por exemplo, o resfriado comum, 50% do resfriado comum é tratado com antibiótico. Então se o profissional de saúde fosse mais informado sobre o perigo do uso indiscriminado de antibióticos e resistência bacteriana, provavelmente ele não estaria submetendo o paciente a efeitos colaterais desnecessários, como alteração da sua microflora, e outros mais. Eu acredito que tudo isso seja ético, porque é uma prática errada.
 - Acho que isso é a ética pessoal, bem além da ética da profissional. O profissional de saúde tem que estar envolvido nisso. Tem a ética pessoal, com a outra a pessoa, com profissional. O profissional de saúde tem que praticar suas ações no seu trabalho de maneira correta, até com o outro ser humano., e também pensando no futuro[...].
 - Sim, existe. Considero inúmeras, dentre elas o despreparo do mundo ocidental para a morte. Muitos pacientes que são trazidos para a UTI, em outras sociedades eles não seriam trazidos, tratados e não adquiririam essas infecções hospitalares[...]. Mas quem parte do paradigma cristão de que toda vida deve ser salva , como uma paciente que nós temos aqui, embora tenha 70 anos, tenha condições de sobrevivida muito ruins, mas, por insistência da família ela está sendo tratada[...]. ela é uma séria candidata a ser disseminadora de bactérias resistentes.
 - Sim, existe. A ética da conduta médica associada ao respeito humano[...] , tenho também *que olhar a relação custo-benefício*, é a ética do trabalho médico.
 - Sim, existe, principalmente quando o médico está envolvido.
 - Não se pode dizer que não existe, acredito mais em comodismo que Implica em Ética
-

Análise e Discussão da questão número 16 - Para Hans Jonas “Preservar a vida será contribuir para que ela se realize e constitua a raiz ética de toda a responsabilidade com o futuro”. Para você, é possível adotar, na prática assistencial, o Uso Prudente de Antibióticos?

O alto índice de morbidade e mortalidade causada por infecção por *Staphylococcus aureus* é uma preocupação constante, tanto no que diz respeito às infecções hospitalares como

às comunitárias. É igualmente inquietante o crescimento da resistência do *S. aureus* à Oxacilina, sobretudo, em ambiente hospitalar.

O uso indiscriminado e freqüentemente inadequado de antibióticos tem favorecido o aparecimento de cepas resistentes com conseqüente ineficiência da antibioticoterapia (FARIA, et al. 2001).

Salienta Hans Jonas (1995, p.26) “que o homem é o criador de sua vida como vida humana; somente circunstâncias a sua vontade e necessidades, exceto ante a morte, nunca se encontra inerte”.

Jonas (1995, p.200) também aponta que “o dinamismo é o sinal da modernidade. Não é algo accidental, senão uma propriedade imanente da época, portanto, nosso destino”.

Segundo Bobbio (2000), temos de nos preocupar com o futuro da humanidade. O que hoje pode representar um perigo para a humanidade é a evolução científica e tecnológica! Já há tempo, ela superou todos os limites, sua velocidade não tem fi-eios.

De acordo com Peccei (1981),

o futuro não é obra do acaso, algo que simplesmente acontece; ao contrário, o futuro é constituído por nós, homens e instituições, e depende essencialmente das nossas percepções e das ações com que respondemos a estas ações. Contudo sinaliza que a humanidade pode sair da crise e construir quase literalmente o futuro que ela quiser, se souber utilizar inteligentemente seus recursos, em especial os recursos humanos.

Segundo Capra (1996, p.23), “há soluções para os principais problemas de nosso tempo, algumas delas até mesmo simples, mas requerem uma mudança radical em nossas percepções, no nosso pensamento e nos nossos valores”.

Essas mudanças são os instrumentos preciosos e fundamentais para a humanidade poder reverter a catástrofe prevista, em relação à resistência bacteriana, tema deste estudo. É um grave problema global que exige dos profissionais de saúde, mudanças radicais, novas percepções, novos pensamentos e valores de responsabilidade. Um exemplo seria adotar na prática assistencial o uso prudente de antibióticos, como um princípio da ética da responsabilidade.

Assim, quando os Atores Sociais foram perguntados se é possível adotar, na prática assistencial, o Uso Prudente de Antibióticos, 100% responderam que SIM.

Contudo o Ator Social 2 traduziu sua percepção com o seguinte comentário;

Sim. Ah, eu acho que deveria ser adotado. Eu acho que não tem o porquê não adotar, se umã penicilina faz efeito, para que dar uma vancomicina? Seria ótimo, que todos os profissionais de saúde pensasse sobre este imperativo de Hans Jonas. “preservar a vida será contribuir para que ela se realiza e constitua a raiz ética de toda a responsabilidade com o futuro.

Esta consideração enfoca um conhecimento que é permeado pela reflexão-crítica-constructiva. Uma maneira de agir, que busca demonstrar que adotar uma nova postura diante de um quadro real e grave, é falar de responsabilidade com as gerações fiituras. É bom recordar que o dinamismo é sinal de modernidade, de abertura, de atualização, de competência, de responsabilidade.

Assim, conforme Zancanaro (2000, p. 312), “ao falar em responsabilidade com o futuro e com as gerações fixturas, Jonas insiste no cuidado com o uso da tecnologia, à medida que esta se torna cada vez mais global e não conhece limites”.

Como diz Bofif (1999, p.35): “colocar cuidado em tudo o que projeta e se faz, eis a característica singular do homem”. Logo, o uso prudente de antibióticos é um cuidado essencial na prática assistencial dos profissionais de saúde que trabalham no HU.

O Quadro 16 sintetiza estas respostas.

Quadro 16 -Para Hans Jonas “Preservar a vida será contribuir para que ela se realize e constitua a raiz ética de toda a responsabilidade com o futuro”. Para você é possível adotar, na prática assistencial, o Uso Prudente de Antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da responsabilidade
Subcategoria: Uso Prudente de Antibióticos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (5x)
 - Acho que sim
 - o É possível.
 - **Eu acho que deveria ser adotado. Eu acho que não tem o porquê não adotar, se uma penicilina faz efeito, para que dar uma Vancomicina? Seria ótimo que todos os proflsslonais de saúde pensasse sobre este imperativo de Hans Jonas{...} .**
 - Acho que sim
 - Sim. É, por exemplo, essa frase que acabo de ouvir tem que ser aplicada já para um futuro meUior[...].
-

Análise e Discussão da questão número 17 - Existe diferença entre o uso empírico e o uso indiscriminado de antibiótico?

Conforme Dembry et al (1998), entre 25 e 35% dos pacientes hospitalizados sistematicamente recebem antibióticos para prevenção (profilático) e tratamento ou ambos e este uso entre outros fatores, contribui para o risco da IH.

No HU 11,3% receberam como profilático, 20,9% como terapêutico, e 2,8% como profilático e terapêutico, no período de Janeiro a Dezembro de 2000[^].

A maioria absoluta dos Atores Sociais entrevistados (77,77%) afirma que Sim; existe diferença entre os dois tipos de antibioticoterapia. Destes, 33,33%, responderam laconicamente Sim e os outros 22,22% declararam Sim complementado;

Sim, empírico é muito usado no Hospital Universitário. Nas fichas eles colocam que o uso do antibiótico é indicado...] porém, não assinalam o item *empírico* e eles não fizeram cultura de material. Acho que eles no fim se confundem (Ator Social 16).

Sim. Uso empírico, por exemplo, numa infecção grave tu és obrigada a prescrever, nas questões assim, que são de emergência médica podes prescrever antibiótico. Agora o uso indiscriminado é o uso errado do antibiótico. Então existe uma grande diferença (Ator Social 12).

Sim, o uso empírico é quando o paciente tem todos os sintomas de uma infecção, só não está definido o agente causador da infecção. Isso geralmente acontece e a gente usa esta definição mais quando o paciente tem leucemia, mieloma múltiplo e que eles tem sintomas de infecção que não estão bem definidos, se é pulmonar, urinário, etc. Então é o uso empírico. Isso tem ajudado a salvar vidas e não acredito que isso esteja dentro desse uso indiscriminado de antibiótico e que muitas vezes o paciente não tem infecção e toma antibiótico (Ator Social 29).

Sim. Existe diferença total, 90% das vezes em UTI a gente usa medicação empiricamente, mas, se tu sabes o sítio de infecção, a flora e a origem a infecção do paciente, tu tens mais chance de acertar clinicamente (Ator Social 11).

Sim. É isso mesmo, e na nossa situação, aqui pelo menos a gente coloca essa designação de empírico quando não existe uma definição da bactéria, o paciente tem uma infecção, tem resultado de antibiograma, dizem que ele está com processo infeccioso mas não tem uma definição do foco. Então ele usa aquele antibiótico empírico para tratar essa infecção (Ator Social 18).

Sim, quando por exemplo imi paciente inicia um Quadro infeccioso é preciso que se comece um tratamento, mas é prudente que se faça a coleta de material para fazer a *deteção do agente* e se necessário mudar o esquema terapêutico ou não (Ator Social 24).

Ressalta-se que 22,22% dos profissionais de saúde entrevistados opinaram que Não existe diferença entre o uso empírico e o indiscriminado.

Olha, sabe que eu não sei se tem muita diferença, não porque eu acho que os dois estão ali, no uso empírico, por que uso empírico para mim é o mesmo que uso indiscriminado, porque não tem coleta de material, tu não sabes se está dando para prevenir, não espera um resultado do laboratório, é a mesma coisa que uso indiscriminado (Ator Social 2).

Da análise do conjunto das “falas” transcritas pode-se afirmar que a maioria dos Atores Sociais demonstra possuir um entendimento claro e correto a cerca do assunto em pauta. É importante destacar a ênfase dada sobre o uso profilático de antibiótico, quando a prescrição é iniciada sem conhecimento do agente etiológico, sem coleta de material, conseqüentemente, sem o resultado de antibiograma que indica se a bactéria causadora da infecção é sensível ou resistente a quais antibióticos. Também ficou evidenciado a necessidade do uso profilático em

alguns quadros clínicos bem característicos, e que esta tomada de posição, muitas vezes, tem ajudado salvar vidas.

Um Ator Social chama atenção que o preenchimento de fichas de controle de antibióticos muitas vezes, não retrata a realidade da prescrição em curso. Um alerta para a CCIH, uma vez que é de competência dela exercer este controle.

Estudos indicam que o problema da resistência bacteriana oriunda destes tipos de uso de antimicrobianos vem acelerar e prejudicar o CIH.

De acordo Servolo de Medeiros (2001), infelizmente, a formação clínica e colegas de diversas especialidades no uso de antibióticos é muito deficiente. Esse é o grande problema. Estudos mostram que cerca de 50% a 60% dos medicamentos utilizados em ambiente hospitalar são antibióticos. Esses medicamentos são prescritos de forma excessiva e, muitas vezes, a escolha do grupo de antibiótico para aquela determinada infecção é inadequada. Esse fato ocorre com grande frequência entre os cirurgiões. Na maioria dos casos de profilaxia cirúrgica, o antibiótico deve ser prescrito, no máximo, duas horas antes da cirurgia e, em geral, uma dose apenas é suficiente (exceções como na colocação de prótese).

Destaca Grinbaum (2000) que o uso inadequado de antimicrobianos chega a cifras superiores a 70% em alguns hospitais. Os problemas mais frequentes são a profilaxia por tempo prolongado, o uso de antimicrobianos com espectro bem superior ao necessário e o uso de antimicrobianos de modo profilático em situações em que não é eficaz.

Como diz Jonas (1995 p. 165); “o exercício do poder sem a observância do dever é então irresponsabilidade é dizer, constitui uma ruptura dessa relação de fidelidade que é a responsabilidade”.

Mostram-se no Quadro 17, as falas dos sujeitos sobre o uso indiscriminado de antibióticos.

Quadro 17 - Existe diferença entre o uso empírico e o uso indiscriminado do antibiótico?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico

Subcategoria: Uso indiscriminado do antibiótico?

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- **Sim (13x)**
- Na minha opinião, não existe (2x)
- É a mesma coisa.
- Sim, empírico é muito usado no hospital Universitário. Nas fichas eles colocam que o uso do antibiótico é indicado[...] porém, não assinalam o item empírico e eles não fizeram cultura de material. Acho que eles no fim se confundem.
- uso empírico, por exemplo, numa infecção grave tu es obrigada a prescrever.

» Sim. Nas questões que são de emergência médica dá para começar o antibiótico. Existe uma indicação

para se usar antibióticos. Agora o uso indiscriminado é o uso inadequado ou errado do antibiótico. Então existe uma grande diferença entre os dois.

- Sim, o uso empírico é quando o paciente tem todos os sintomas de uma infecção, só não está definido o agente causador da infecção. Isso geralmente acontece e a gente usa esta definição mais quando o paciente tem leucemia, mieloma múltiplo e que eles tem sintomas de infecção que não estão bem definidos, se é pulmonar, urinário, etc. Então é o uso empírico. **Isso tem ajudado a salvar vidas e não acredito que isso esteja dentro desse uso indiscriminado de antibiótico e que muitas vezes paciente não tem infecção e toma antibiótico.**
 - Sim. Existe diferença total. 90% das vezes em UTI a gente usa medicação empiricamente. Mas, se tu sabes o sítio de infecção, o microorganismo que deu a origem a infecção do paciente, tu tens mais chance de acertar a clinicamente.
 - Sim. É isso mesmo, e na nossa situação, aqui pelo menos a gente coloca essa designação de empírico quando não existe uma definição, o paciente tem imia infecção, tem resultado de antibiograma, dizem que ele está com processo infeccioso mas não tem uma definição do foco. Então ele usa aquele antibiótico empírico para tratar essa infecção.
 - Existe. O uso empírico é quando tu não sabes ainda qual é o agente causador da infecção[...].
 - Acho que sim, uso empírico tu usas Qualquer um, uso indiscriminado tu usas demais.
 - Acho que não.
 - Olha, sabe que eu não sei se tem muita diferença, não porque eu acho que os dois estão ali, no uso empírico, por que uso empírico para mim é o mesmo que uso indiscriminado, porque não tem coleta de material, tu não sabes se está dando para prevenir, não espera um resultado do laboratório, é a mesma coisa que uso indiscriminado.
 - Sim, quando por exemplo um paciente inicia um Quadro infeccioso é preciso que se comece um tratamento, mas é prudente que se faça a coleta de material para fazer a detecção do agente e se necessário mudar o esquema terapêutico ou não.
 - Sim.
 - É a mesma coisa.
-

*Análise e Discussão da questão número 18- Você teme o uso indiscriminado de antibióticos e o aumento crescente de amostras de bactérias resistentes? Caso afirmativo, expresse esse **TEMOR**,*

O surgimento avassalador da ciência moderna e a técnica que dela deriva tem mudado radicalmente o agir da humanidade. Conforme Jonas, agora o homem constitui de fato uma ameaça para a continuação da vida na terra. Por isso, faz-se necessário que a humanidade reflita criticamente sobre o imperativo concebido por Jonas (1994 p. 39): “Age de modo que os efeitos da tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida autêntica humana sobre a terra”.

Convém salientar o significado de temor, concebido por Jonas. no contexto da ética da responsabilidade. Para Hans Jonas (1995, p.3 56-3 57), “o temor, sem dúvida, forma parte da responsabilidade tanto quanto à esperança. “Não o temor que desaconselha a ação, senão ao que a anima, referimos-nos ao falar do temor parte essencial da responsabilidade, e que é um temor que teme pelo objeto da responsabilidade”.

Em relação ao uso indiscriminado de antibióticos e o aumento crescente de amostras de bactérias resistentes, o **objeto da responsabilidade** é o uso indiscriminado de antibióticos e o aumento crescente de amostras de bactérias resistentes é o **temor**, pois esta resistência poderá colocar em risco a vida de toda a humanidade. Frente a este perigo iminente, os profissionais de saúde, armados de responsabilidade devem revestir-se com àquele **temor** que anima a ação

da busca de “Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos” no intuito de combater as super bactérias.

É este **temor** que está em jogo nesta pergunta. E foi neste sentido que os profissionais de saúde se manifestaram. Salienta-se que para 100% das “falas” dos Atores Sociais o significado de temor se fez presente, e cada um deles também construiu argumentos a cerca deste **temor** em relação ao uso indiscriminado de antibióticos e o aumento crescente de amostras de bactérias resistentes.

Enfatiza-se que este questionamento conseguiu extrair, dos entrevistados, respostas estruturadas de conteúdos muito significativos. Por isso, a dificuldade de selecionar as “falas”, uma vez que a maioria era repleta de significados importantes, como se pode notar nos depoimentos a seguir;

Temor. Para mim isso já é uma realidade. É que chegue um tempo e, eu acho que isso já chegou, que muitas infecções sejam intratáveis (Ator Social 12).

Temor de que o arsenal se esgote e a gente fique em situações limites. Aqui no HU já acorreram 2 casos desses, isto é, a bactéria que causava infecção nos pacientes era resistente a todos os antibióticos disponíveis no HU (Ator Social 11).

Para Tenover (2000), o uso criterioso de antibióticos é essencial, se queremos preservar o nosso arsenal antimicrobiano para a próxima década.

Sim, temo. Esses dias ainda estava comentando, tu não podes mais prescrever penicilina para ninguém. Os antibióticos que eu usava quando sai da faculdade, já não posso mais usá-los. Tenho que estar toda hora lendo, estudando, me atualizando. Antes usava penicilina para todo tipo de infecção, hoje não posso mais fazer isso, por causa da resistência bacteriana (Ator Social 9).

A opinião do Ator Social 9, é bem pertinente. Sabe-se que a ameaça de cepas resistentes está começando a afetar o tratamento com antibióticos considerados de baixa toxicidade, como a penicilina. Assim, Tenover (2000), ao fazer um apanhado geral da evolução da resistência aos agentes antimicrobianos nas bactérias, destaca, como exemplo, o tratamento de meningite pneumocócica suspeita, em área de alta resistência à penicilina, precisa frequentemente da inclusão de uma terceira geração de cefalosporinas, bem como da Vancomicina, e algumas cepas de enterococos são praticamente intratáveis.

Grande temor, porque daqui a pouco eu não sei o que vai ser inventado[...] porque daqui a pouco um simples hospital não vai dar conta de internar pacientes com doenças infecciosas e que irão todos morrer por falta de antibiótico eficaz (Ator Social 14).

Meu temor é que a gente retroceda, volte como na idade média com aquelas doenças, a peste (Ator Social 23).

Interessante salientar a associação do temor da gravidade da resistência com a alusão da Peste Negra.

Segundo Biddle (1998, p.20), “na idade média os médicos e pacientes defrontaram-se com doenças apocalípticas como a Peste Negra, que acabou por dizimar um terço da população na Europa”. Naquela ocasião o agente etimológico causador desta doença, era ainda desconhecido. Para *Pasteurella pestis*, hoje denominada, *Yersinia pestis* não havia tratamento específico, daí a grande mortandade. O desvelar desta “fala” indica que o resultado do descontrole da resistência, pelo uso indiscriminado dos antibióticos, poderá ser a ocorrência de epidemias que o homem não conseguirá controlar.

Temo Sim. É que muitas vezes se inicia o tratamento e não se tem a preocupação de realizar exames para detectar o agente patológico, e, às vezes acontece de ficar trocando de antibióticos mais de uma vez, e, mesmo assim sem fazer a coleta de material (Ator Social 24).

Temo. Procuo não prescrever sem saber a sensibilidade da bactéria, meu temor é que vai chegar um momento que vai haver infecção e você não vai conseguir controlar como já está acontecendo principalmente com a tuberculose (Ator Social 17).

A preocupação deste profissional de saúde é pertinente, uma vez que depois de algum tempo, em declínio, casos de tuberculose ressurgem no mundo todo. De acordo com Evans et al. (2001), a emergência da Tuberculose (TB) resistente levanta novas preocupações sobre a habilidade para responder efetivamente a epidemia. *M.tuberculosis* pode ser resistente a qualquer dos principais antibióticos usados para combater a infecção, incluindo isoniazida (INH) ou rifamicina. O termo tuberculose-droga-multi-resistente (MDR-TB) usualmente refere-se à bactéria resistente para ambos medicamentos INH e Rifamicina.

Temo, pois, as bactérias ficam cada vez mais inteligentes, em determinado momento pode ocorrer imi desequilíbrio e surgir cepas resistentes a todos antibióticos (Ator Social 15).

Temo que este problema venha prejudicar as gerações futuras, as crianças vão nascer em ambientes com bactéria;s multiresistentes (Ator Social 19).

Temo por mim, por meus familiares, pelas gerações futuras por que isso pode se tomar incontrolável (Ator Social 22).

Temo, sim. Se não parar, o uso Indiscriminado de antibióticos, nós vamos ter uma legião de bactérias que não estarão respondendo mais a nada (Ator Social 28).

Sim, temo. A partir do momento que a gente tiver resistência bacteriana a gente vai ter disseminação muito grande de doenças e uma dificuldade de restringir essas doenças, aumentando as mortes (Ator Social 26).

Tenho temor que chegue um dia que não vai ter mais antibiótico para combater essas bactérias, daí portanto a humanidade vai estar exposta a qualquer infecção., uma ameaça de extinção da espécie humana(Ator Social 27)

Sim, o pessoal hoje em dia está muito pouco preparado para isso, para trabalhar esta questão, então tem aumentado mesmo o uso indiscriminado desses antibióticos. O meu temor é que daqui a pouco não se tenha mais antibióticos que consiga tratar todas as infecções, e aí como fica a sobrevivência da humanidade(Ator Social 29)?

Ficou bem evidente, em todas as “falas”, o **temor** relacionado à crescente ameaça da habilidade das bactérias tomarem-se resistentes aos antibióticos, drogas específicas usadas para o tratamento de doenças infecciosas. Ficou evidente o temor do poder ameaçador da resistência bacteriana e a fragilidade da saúde humana.

O USO indiscriminado de antibióticos provoca um desequilíbrio na ecologia bacteriana, e as conseqüências desta ação colocam em xeque as doenças infecciosas. Atualmente, para muitas dessas infecções, o tratamento com determinado antibiótico é ineficaz.

Sabe-se que agimos no seio de uma biosfera em evolução, e que, nas últimas décadas, ela vem sendo diariamente agredida pelo poder da ciência e da tecnologia moderna. Assim, estes Atores Sociais, em suas declarações, desvelam a preocupação da fragilidade do ser humano frente a esta realidade: a saúde da humanidade está ameaçada! Eles chegam a prever que poderá chegar uma época que não haja mais antibióticos que possam tratar qualquer tipo de infecção bacteriana. Uma catástrofe para a espécie humana. Um Ator Social até indaga: *como fica a sobrevivência da humanidade?*

Concorda-se com Morin e Prigogine (1996, p. 202), quando analisando um dos aspectos referentes ao princípio da responsabilidade de Hans Jonas tecem este comentário: “não devemos jogar com a sobrevivência da própria humanidade”. Um pensamento que encaixa perfeitamente às preocupações levantadas pelos profissionais de saúde, acima citados.

O Quadro 18, a seguir, apresenta os dados da subcategoria Temor.

Quadro 18 - Você teme o uso indiscriminado de antibióticos e o aumento crescente de amostras de bactérias resistentes? Caso afirmativo expresse esse *TEMOR*

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: *TEMOR*.
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Temo, procuro não prescrever sem saber a sensibilidade da bactéria, meu temor é que vai chegar um momento que vai haver infecção e você não vai conseguir controlar como já está acontecendo principalmente com a tuberculose.
- Temo, pois, as bactérias *ficam cada vez* mais inteligentes, em determinado momento pode ocorrer um desequilíbrio e surgir cepas resistentes a todos antibióticos.
- Temo que este problema venha prejudicar as gerações futuras, as crianças vão nascer menos resistentes[...].
- Temo por mim, por meus familiares, pelas gerações futuras por que isso pode se tornar incontável..
- Temo. Um dia vai chegar que não vai ter mais antibiótico para combater essa bactéria, daí portanto a humanidade vai estar exposta a qualquer infecção.
- Se não parar, nós vamos ter uma legião de bactérias que não estarão respondendo mais a nada.
- Temor pelas pessoas que vão se infectar com essas bactérias
- Temor[...] para mim isso já é uma realidade. É que chegue um tempo e, eu acho que isso já chegou, que muitas infecções sejam intratáveis.
- Temor de que o arsenal se esgote e a gente fique em situações limites. Aqui no HU já ocorreram 2 casos desses, isto é, a bactéria que causava infecção nos pacientes era resistente a todos os antibióticos disponíveis no HU.
- Sim, o pessoal hoje em dia está muito pouco preparado para isso, para trabalhar esta questão, então tem aumentado mesmo o uso indiscriminado desses antibióticos. O meu Temor é que daqui a pouco não se tenha mais antibióticos que consiga tratar todas as infecções.
- Sim, temo. Esses dias ainda estava comentando, tu não podes mais prescrever penicilina para ninguém. Os antibióticos que eu usava quando saí da faculdade, já não posso mais usá-los. Tenho que estar toda hora lendo, estudando, me atualizando. Antes usava penicilina para todo tipo de infecção, hoje não posso mais fazer isso, por causa da resistência bacteriana.
- Sim, temo que aumente a resistência bacteriana e que não se consiga controlar.
- Temo que a gente volte como na idade média com aquelas doenças, a peste.
- sim. A partir do momento que a gente tiver resistência bacteriana a gente vai ter disseminação muito grande de doenças e uma dificuldade de restringir essas doenças aumentando as mortes.

« Grande temor, porque daqui a pouco eu não sei o que vai ser inventado, porque daqui a pouco um

simples hospital não vai dar conta.

- Ah, é com certeza que temo.
 - Sim, é que muitas vezes se inicia o tratamento e não se tem a preocupação de realizar exames para detectar o agente patológico, e, as vezes acontece de ficar trocando de antibióticos mais de uma vez, e, mesmo assim sem fazer a coleta de material.
 - É lógico que quanto mais você usa um produto, mas “o bichinho” vai ficar resistente e quando tem o uso indiscriminado ele fica cada vez piorf...)
-

Análise e Discussão da questão número 19 - Para Hans Jonas, [...] “O fim da vida é a vida, mas não pode ser entendida como mero viver, porque os outros animais também vivem; é um viver com dignidade, qualidade de vida e felicidade”. Você se sente responsável pela vida dos seus pacientes enquanto tiverem sob o seu cuidado?

A dimensão *sentir-se responsável pela vida de seus pacientes*, contida nesta questão, teve como parâmetro uma reflexão de Jonas (1995); [...] “O fim da vida é a vida, mas não pode ser entendida como mero viver, porque os outros animais também vivem; é um viver com dignidade, qualidade de vida e felicidade”.

A pergunta que constitui este questionamento apresenta questões éticas de responsabilidade que permeiam situações em que estão em jogo a vida e a saúde de uma ou de mais pessoas.

As opiniões coletadas intrinsecamente compartilhavam entre si um pensar único, ou seja, 100% dos profissionais de saúde revelaram sentir-se absolutamente responsáveis pela vida de seus pacientes. Destes, 45% apenas responderam abreviadamente SIM. Os outros, 55%, além da resposta Sim, expressaram mais explicitamente os seu pensar. Então, pela diversidade da construção semântica das falas e para enriquecer esta análise, destaca-se algumas delas:

Sim, totalmente, absolutamente responsável (Ator Social 10).

Sim. A gente sente uma responsabilidade assim total (Ator Social 29).

Sim. Às vezes até de mais (Ator Social 11).

Sim, com certeza, Eu acho que o que eu quero para mim é viver com dignidade, qualidade de vida e felicidade, por isso procuro buscar isso para o meu outro, os pacientes (Ator Social 27).

Sim, as vezes até me bloqueio, me sentia tão responsável que parecia que eu era o responsável pelas doenças das pessoas ai eu sofia mais que o paciente (Ator Social 22).

Sim, com certeza. Eu quero que os pacientes sejam felizes, que tenham uma qualidade de vida boa e que saiam do hospital bem (Ator Social 28).

Estas “falas” desvelam o “cuidado” na sua dimensão de desvelo, atenção preocupação, zelo. Estas declarações demonstram a importância que o paciente representa para cada profissional entrevistado. É um interesse solidário, participativo, irmanado na satisfação de fazer o bem, de proporcionar ao paciente dignidade, qualidade de vida e felicidade. É uma prática assistencial realizada com responsabilidade e com amor pelo próximo.

A atitude destes Atores Sociais, podem ser inserida neste pensamento de Boff (1999, p.91): “O cuidado inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A Segunda, de preocupação e de inquietude, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro”.

Sim isso sem dúvida nenhuma, aqui na UTI tem que se sentir muito mais responsável, se a gente não cuidar deles aqui eles não tem outro lugar para ir(Ator Social 9).

Ah! Sim. Mesmo que eu não tenha contato direto com ele, me sinto responsável pelo paciente pois sei eu que muitas vezes depende do resultado que eu dou, o que vai ser dado para ele, o que vai ser feito por ele, muitas vezes um paciente de UTI, alguma coisa está esperando para ser medicado, um paciente de cirurgia, está esperando um resultado para dar diagnóstico dele (Ator Social 2).

Eu não tenho contato direto com o paciente, mas o que eu posso fazer eu faço para que eles tenham qualidade de vida (Ator Social 24).

Esta “fala” desvela o sentir-se envolvido com o paciente, muitas vezes, até distante, ou com o modo-de-ser fundamental do fazer-cuidar. É tomar as suas ações ponte para proporcionar a satisfação de um cuidado com respeito e qualidade. É o agir com responsabilidade.

De acordo com Cucurella (1998), o conhecimento dos princípios fundamentais de responsabilidade e a reflexão sobre suas implicações é um dever básico de todos os cidadãos, mas em especial daqueles profissionais que exercem sua atividade em áreas particularmente comprometidas com estes princípios.

Quem não se sentir responsável pela vida de um paciente enquanto ele for seu paciente ele não é profissional! (Ator Social 1)

No contexto desta última resposta, o Ator Social 1 salienta que, além do cuidado intrínseco da vida que cada profissional tem que ter com seus paciente, isto é, sentir-se responsável pela vida de um paciente, mas sobretudo ressalta questões éticas da deontologia profissional. Todo profissional de saúde tem a obrigação moral e legal de salvar a vida e de respeitar os direitos do paciente e proporcionar o seu bem-estar.

Para Cucurella (1998), a moralidade do ato do profissional de saúde engloba duas dimensões: a aplicação competente das ciência e as técnicas médicas, e o respeito da personalidade moral do ser humano a que se atende.

Segundo Hans Jonas (1995, p.32),

os velhos preceitos da ética tradicional (ética próxima), como os de justiça, caridade, honradez, etc., seguem vigentes em sua intimidade imediata para a esfera diária, próxima, dos efeitos humanos recíprocos. Mas esta esfera toma-se eclipsada por imi

crecente alcance do trabalhar coletivo, em que o agente, a ação e o efeito não são já os mesmos que a esfera que nos cerca e que, pela enormidade de suas forças, impõe a ética uma ^mensão nova, antes nunca sonhada, de responsabilidade.

Por isso, o cuidado é o agir com responsabilidade! Na prática assistencial do profissional de saúde o conhecimento teórico/prático e a responsabilidade são inerentes a arte de cuidar.

O Quadro 19, a seguir, contém os dados da subcategoria Responsabilidade.

Quadro 19 - Para Hans Jonas, [...] “O fim da vida é a vida, mas não pode ser entendida como mero viver, porque os outros animais também vivem; é um viver com dignidade, qualidade de vida e felicidade”. Você se sente responsável pela vida dos seus pacientes enquanto tiverem sob o seu cuidado?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados; Falas dos Atores Sociais

- Sim, totalmente, absolutamente responsável
 - Sim, completamente.
 - Sim. A gente sente uma responsabilidade assim *total*.
 - Sim. As vezes até de mais.
 - Sim, as vezes até me bloqueio, me sentia tão responsável que parecia que eu era o responsável pelas doenças das pessoas aí eu sofria mais que o paciente.
 - Sim, com certeza, eu acho que o que eu quero para mim é viver com dignidade, qualidade, felicidade, por isso eu procuro buscar isso por meu outro, os pacientes.
 - Sim, com certeza, Eu quero que os pacientes sejam felizes, que tenham uma qualidade de vida boa e que saiam do hospital bem.
 - Sim isso sem dúvida nenhuma, aqui na UTI tem que se sentir muito mais responsável, se a gente não cuidar deles aqui eles não tem outro lugar para ir .
 - Ah! Sim. Mesmo que eu não tenha contato direto com ele, me sinto responsável pelo paciente pois sei eu que muitas vezes depende do resultado que eu dou, o que vai ser dado para ele, o que vai ser feito por ele, muitas vezes um paciente de UTI, algum coisa está esperando para ser medicado, um paciente de cirurgia, está esperando um resultado para dar diagnóstico dele.
 - Sim. Embora eu não tenho contato direto com o paciente, mas o que eu posso fazer eu faço para que eles tenham qualidade de vida.
 - Quem não se sentir responsável pela vida de um paciente enquanto ele for seu paciente ele não é profissional!
-

Análise e Discussão da questão número 20 - Os profissionais da saúde têm o dever de assimilar os significados da resistência bacteriana, pois eles receberam informações teóricas durante o curso de graduação. Então por que a maioria parece ainda ignorar o perigo da resistência e do uso indiscriminado de antibiótico?

A análise desta questão resulta na constatação que a maioria (57,9%) dos Atores Sociais considera que é a **falta de conhecimento** dos profissionais de saúde, sobre o significado da resistência bacteriana, que não permite uma avaliação do perigo que o uso indiscriminado de antibióticos tem na emergência de amostras resistentes.

Combinando as respostas que responsabilizam a falta de conhecimento com os 21,0% que responderam que os profissionais não têm **consciência**, temos uma maioria absoluta

(78,9%). Entretanto, cabe ressaltar que o Ator Social 5 considera que a maioria dos profissionais não desconhece o perigo.

Em virtude do impacto mundial da resistência bacteriana, do uso indiscriminado de antibióticos e do tratamento ineficaz de determinadas infecções hospitalares, considera-se imprescindível, para viabilizar as medidas de controle do uso de antibióticos, que os profissionais de saúde tenham **conhecimento** e **consciência** da etiologia das infecções, dos fatores que potencializam a seleção de cepas resistentes e os respectivos padrões de sensibilidade/ resistências das bactérias aos fármacos em cada instituição hospitalar.

Assim, para os entrevistados, o primeiro e principal motivo que leva os profissionais de saúde ignorar o perigo da resistência é **a falta de conhecimento**, como ficou evidenciado nos depoimentos;

Por falta de conhecimento, ele é insuficiente (Ator Social 17).

Acho que alguns não incorporam o conhecimento, mas não é ignorar (Ator Social 15).

Eu considero a falta de conhecimento, a negligência na lavagem da mãos (Ator Social 27).

Olha, eu considero a falta de conhecimento, e acredito que também os cursos de graduação não estão ministrando adequadamente as disciplinas correlatas à IH.. Aqui no HU, por exemplo, chegam doutorandos da 12ª fase, que não estão suficientemente preparados para prescrever antimicrobianos e, ressaltar, que nem todos conseguem fazer uma residência médica. Eu acho que deveria haver uma mudança de atitude, tinha que inclusive mudar os currículos dos cursos de graduação, tinha ser introduzido o disciplina só para estudar infecção hospitalar, preparar melhor os alunos, da área das saúde, para o uso correto de antimicrobianos, acho que tinha que ser por aí (Ator Social 12).

Creio que haja uma distância muito grande entre teoria e prática (Ator Social 26).

Eu considero como causas a negligência e também no dia-a-dia a falta de conhecimento ou de atualização desses profissionais (Ator Social 14).

A falta de consciência representou o segundo motivo mais apontado pelos profissionais de saúde (21,05%), em destaque abaixo:

Não é que os profissionais não conhecem a assunto, é que eles ignoram, e alguns não fazem a sua parte. Não é achar quem é o culpado tem é que conscientizar essas pessoas que lidam diretamente com os pacientes para que eles façam a prevenção e o controle (Ator Social 24).

Os profissionais não têm consciência do que estão fazendo, prescrevendo, prescreve indiscriminadamente, não pensam no custo, na internação (Ator Social 6).

O profissional de saúde não consegue se conscientizar, introjetar e humanizar a assistência, porque eu acho que se tivesse uma consideração pelo outro, eu acho que ele conseguiria incorporar estes conhecimentos, essas verdades (Ator Social 29).

Talvez um do fator seja a rotina do dia-a-dia do profissional de saúde, ele trabalha demais, muitas vezes vai tocando e não se liga de parar, refletir, estudar, falta consciência, porém *tem um* outro fator também que é a negligência, o descaso. Percebo muito descaso, falta de respeito com as pessoas (Ator Social 23).

Embora somente dois entrevistados, (10,52%), tenham levantado a questão, é importante enfatizar que os mesmos consideram a indústria farmacêutica a grande vilã da

questão e o Ator Social 16 (5,26%), sinalizam como responsável desta problemática o sistema político e econômico.

Contudo, a força da indústria farmacêutica é evidenciada por alguns (10,52%) dos entrevistados e outros (10,52%) abordam pontos de vista diferentes dos demais;

Eu acho que ainda são as grandes indústrias farmacêuticas que ainda cedo começam a doutrinar os estudantes, principalmente de medicina, desde as primeiras fases, oferecendo vários benefícios, viagens, para conhecer o laboratório deles do país de origem. Então digamos, eles quase que induzem esses profissionais o usar antibióticos. Eu acho que a antibioticoterapia é um dos tratamentos mais onerosos para a sociedade e para os hospitais. E, proporciona mais vantagens para a indústria, eles não estão muito preocupados com a ética (Ator Social 28).

Sem sombra de dúvida, é a indústria farmacêutica. Porque eu sou um profissional da área, sei como a indústria trabalha, quais as metas que eles têm a atingir. A indústria detentora da patente de marca, ela estabelece uma meta e um prazo para tirar o dinheiro investido, ou seja, para escoar o produto, como qualquer outro produto comercial. E as campanhas de medicamentos, o marketing é extremamente agressivo, você sabe, muito tem disso, é mais agressivo que o marketing para venda de automóveis. Agora veja bem, muitos antimicrobianos sintetizados nos últimos anos, talvez não tivessem necessidade de realmente terem sido comercializados e colocados no mercado. Talvez se nós tivéssemos realmente mais interessados no estudo da resistência, nos poderíamos restringir o uso desses antimicrobianos. Temos que parar a causa, usar racionalmente os antibióticos, temos que ser mais responsáveis, para que o fenômeno da mutação da resistência bacteriana pare, porque este processo é uma máquina, é uma roda viva (Ator Social 10).

Penso ser o sistema político e econômico. (Ator Social 16).

Eu não acho que a maioria ignora, você pode até usar empiricamente, indiscriminadamente, mas não concordo que a maioria desconhece (Ator Social 5).

OUia eu acho que quem é mesmo culpado é o médico que trata, que prescreve indiscriminadamente, que muitas vezes não quer esperar um resultado de um exame, que já está tão acostumado com as cefalosporinas de terceira.. [...] e vái criando uma resistência (Ator Social 2).

Para Okeke et al (1999), o uso de antibióticos favorece a pressão seletiva de amostras bacterianas resistentes e o uso indiscriminado de antibióticos, aumenta o risco da seleção e a disseminação de bactérias-antibiótico-resistentes, que assumem uma posição de vantagem competitiva. A prescrição desnecessário de antibióticos observada em nações industrializados, tem sido também documentada em muitos países em desenvolvimento, particularmente, em casos de diarreia aguda infantil e doenças respiratórias virais.

Chama-se atenção que a antibioticoterapia incorreta prescrita para infecções virais denota, por parte dos médicos, falta de conhecimento de Microbiologia, pois os mesmos, ao agirem deste modo, demonstram desconhecer as diferenças morfológicas e fisiológicas existentes entre bactérias e vírus.

Assim, pelas “falas”, dos Atores Sociais, pode-se dizer que a falta de conhecimento, de consciência e a influência marcante da indústria farmacêutica representam o “calcanhar de Aquiles” no controle da resistência bacteriana.

No Quadro 20 encontram-se os dados da subcategoria, uso indiscriminado de antibióticos que relacionam a categoria do conhecimento teórico.

Quadro 20 - Os profissionais da saúde têm o dever de assimilar os significados da resistência bacteriana, pois eles receberam informações teóricas durante o curso de graduação. Então por que a maioria parece ainda ignorar o perigo da resistência e do uso indiscriminado de antibiótico?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico

Subcategoria: Uso indiscriminado de antibióticos

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Eles ignoram por falta de educação/conhecimento
- Por falta de conhecimento, ele é insuficiente.
- Acho que alguns não incorporam o conhecimento, mas não é ignorar.
- Em relação a enfermagem: tem muita gente que acha que a enfermagem tem que obedecer o que o médico prescrever, mais temos que trabalhar em conjunto[...].
- Considero o **conhecimento**, a negligência na lavagem da mãos.
- Para mim são as grandes indústrias farmacêuticas que começam a doutrinar os estudantes, principalmente de medicina, desde as primeiras fases, oferecendo vários benefícios, viagens, para conhecer o laboratório deles do país de origem[...]. então digamos, elas quase que induzem esses profissionais o usar antibióticos, porque eu acho que é ainda Um dos tratamentos mais onerosos para a sociedade e para os hospitais. E mais vantagens para a indústria, eles não estão muito preocupados com a ética.
- A maior responsável, sem sombra de dúvida, é a indústria farmacêutica, porque eu sou um profissional da área, sei como a indústria trabalha, quais as metas que eles tem a atingir. A indústria detentora da patente da marca, ela estabelece uma meta e um prazo para tirar o dinheiro investido, ou seja, para escoar o produto, como qualquer outro produto comercial. Agora veja bem, muitos antimicrobianos sintetizados nos últimos anos, talvez não tivessem realmente sido comercializados e colocados no mercado, se talvez nós, profissionais de saúde, tivéssemos realmente mais interessados no estudo da resistência, nós poderíamos restringir o uso desses antimicrobianos.
- Hoje, o que se nota é o seguinte; nós temos as cefalosporinas de enésima geração, nós temos as quinolonas.. Quando isso vai parar eu não sei., na verdade são as indústria farmacêuticas as mais interessadas em novas pesquisas de novos antibiótico.. As pesquisas não param[...] porque novas cepas resistentes não param de se multiplicar. Temos que parar a causa, mexer com os responsáveis., para que o fenômeno da mutação pare., porque isso é uma máquina, é uma roda viva[...].
- sistema político e econômico
- Acredito que também os cursos de graduação - as disciplinas- não estejam sendo dados de maneira adequada. Por exemplo, eu as vezes dou algumas aulas para doutorandos da 12ª fase de medicina, e percebo o quanto eles não estão suficientemente preparados para prescrever antimicrobianos[...] . Destaco também, nem todo médico recém-formado consegue uma residência médica. Isso deve ser levado em conta. Suficiente numa mudança de atitude, inclusive mudar os currículos das escolas de medicina, dos cursos de graduação da área da saúde em geral, colocar disciplina de Infecção Hospitalar, enfatizando as consequências do uso indiscriminado de antimicrobianos e da resistência bacteriana.
- Para determinados profissionais de saúde parece que a coisa está lá muito longe[...] .O profissional de saúde não consegue se conscientizar, introjetar e humanizar a assistência, porque eu acho que se tiver uma consideração pelo outro, eu acho que eles vão conseguir incorporar estes estudos, essas verdades.
- Os profissionais de saúde têm que ter preparo científico sempre atualizado. Observar que muito paciente está morrendo por IH, vê que prescreveu um antibiótico que não está funcionando, vê que há algum tempo atrás ele tinha a mesma bactéria e o antibiótico funcionava e agora ele tem um antibiograma totalmente diferente e não dá mais para ele usar o mesmo antibiótico. A gente fica apavorada quando se recebe uma cultura e só tem RRRR (Resistente) aí tu achas um S (Sensível) lá no meio do antibiograma[...].J aí saber que aquele é o antibiótico o que a gente vai usar[...] . os profissionais de saúde, médicos etc.. precisam ver o resultado do antibiograma, na mão, pelo menos umas dezenas de vezes para nunca esquecer.
- A maioria ignora, você pode até usar empiricamente, indiscriminadamente, mas não concordo que a maioria desconhece.
- Talvez um pouco, seja o dia a dia do profissional de saúde que, trabalha de mais , aí ele vai tocando e não se liga de parar para refletir, estudar um pouco. Mas, muito é por negligência mesmo descaso , percebo muito descaso, falta de respeito com as pessoas.
- Alguns profissionais de saúde não tem consciência do que estão fazendo e prescrevem antibióticos indiscriminadamente, não pensam no custo na internação.
- Creio porque haja uma distância muito grande entre teoria e prática .
- Eu ainda fico com a negligência, o dia-a-dia da prática, falta de atualização desses profissionais.
- Olha eu acho que quem é mesmo culpado é o médico que trata, que prescreve, que muitas vezes não quer esperar um resultado de um exame, que já está tão acostumado com o uso da cefalosporinas de terceira, já vai prescrevendo cefalosporinas de terceira[...]. assim que vai se criando uma resistência[...]
- Os profissionais não é que eles não sabem, é que eles ignoram , e alguns não fazem a sua parte. Não é achar quem é o culpado, tem é que conscientizar esses profissionais que lidam diretamente com os pacientes para que eles façam a prevenção e o controle do uso excessivo e indiscriminado de antibióticos..

-
- Esse pergunta é muito difícil de responder, muito difícil de prever, por que existem profissionais e profissionais, aí e que está a causa, a diferença e o como controlar depende muito de cada cabeça[...] cada cabeça sua sentença[...] □
-

Análise e Discussão da questão número 21 - Você pode recomendar algumas medidas de prevenção e controle para freiar a resistência bacteriana do antibiótico?

Inúmeros trabalhos, nacionais e internacionais (MEDEIROS, 2001, FARIA, et al.2001, RICHET, 2001, WEINSTEIN, 2000), informam que a resistência bacteriana aos antibióticos representa uma catastrófica ameaça no combate eficaz de doenças infecciosas, seja no presente e com perspectiva obscura para as gerações futuras.

Sob o ponto de vista biológico, o uso excessivo e indiscriminado de antibióticos no meio hospitalar e na comunidade, selecionando cepas de bactérias resistentes, de diferentes espécies, é um problema ecológico. Assim, o uso abusivo de uma terapia moderna, antibióticos e a emergência de um número crescente de novas gerações de bactéria resistentes, representa uma alteração genética invisível com repercussão na ecologia das bactérias.

A ética da responsabilidade de Hans Jonas, também conhecida como ética ecológica, formula a tese de que à promessa da técnica moderna se converteu em uma ameaça, ou que a ameaça tomou-se indissolúvelmente associada a promessa. Para ele, a sociedade está pedindo uma ética que evite, mediante feitos voluntários, que o poder da técnica leve os homens ao desastre.

Para Bodey (2000, p.279-80)

hoje, quando o homem tomou-se imi ser altamente nocivo, incapaz de avaliar adequadamente o resultado conjunto das ações de todos e de cada um, com risco efetivo de alterar equilíbrios delicados, em parte ignorados, a responsabilidade, a cautela, a reflexão constituem uma obrigação vinculante e inUdível. [...] Paradoxalmente, a ameaça da catástrofe deriva não do fracasso, mas do “desmesurado sucesso” da técnica”.

De acordo com Jonas, somos responsáveis perante um futuro que envolve a nós e às gerações que se seguirão, mas isso não deve absolutamente pôr em risco a existência e as expectativas das gerações presentes (BODEY, 2000, p.281).

A presente pergunta, objetivando coletar, dos profissionais de saúde opiniões a respeito de como agir no sentido de poder freiar o fenômeno da resistência bacteriana aos antibióticos, obteve os seguintes dados; alguns (20%) dos Atores Sociais dizem que é importante que aja reforço de conhecimento, através da educação continuada; muitos (40%) recomendam a lavagem das mãos, outros (20%) destacam o cuidado e controle de todos os procedimentos, especialmente os invasivos; uns (20%) consideram o uso prudente de antibióticos; poucos

(10%) recomendam preparar antibióticos em capelas. Assim, selecionaram-se os seguintes pontos de vista:

Atualização científica, educação continuada (Ator Social 26, 17,14).

Usar menos procedimentos invasivos (Ator Social 15).

O uso de capelas para o preparo do antibiótico (Ator Social 28).

É o controle de todos os procedimentos que são realizados nesses pacientes. Uma das medidas fundamentais é a lavagem das mãos. Não esquecer nunca da lavagem das mãos que é o fundamental, mas também o controle dos procedimentos invasivos e a prática de controle de todos os procedimentos de assepsia (Ator Social 29).

Sim, a lavagem das mãos, com certeza, pela simplicidade da medida e pela sua efetividade. (Ator Social 11).

Atitude de responsabilidade dos profissionais em não prescrever os antibióticos indiscriminadamente. (Ator Social 23).

A primeira e a melhor medida é a lavagem das mãos, a Segunda, observar cuidados com cateter, sinais vitais, isolamento, educação continuada (Ator Social 14).

Utilização de profilaxia adequada na cirurgia, não usar antibiótico nas Infecções virais, consultar um infectologista ou médico que tenha conhecimento sobre antimicrobiano, utilizar uma política de controle do uso de antimicrobianos dentro do hospital (Ator Social 12).

Entre os fatores lembrados como importantes no controle da resistência bacteriana, faz-se necessário chamar a atenção às declarações dos dois últimos Atores Sociais que recomendam observar *cuidados com o uso de cateter, e do uso de antimicrobianos dentro do hospital*, como uma política de controle.

Em relação ao primeiro, sinaliza-se que o procedimento invasivo, como o cateter venoso ou urinário (bacteremia e infecção urinária respectivamente), quando realizado com negligência, sem lavagem das mãos, sem preocupação com as técnicas de assepsia, a incidência do paciente adquirir infecção hospitalar é considerada bastante alta. Como enfatizam Gontijo, et al. (2001), a colonização do sítio de inserção do cateter vascular central (CVC) é considerado um dos fatores de risco para infecção hospitalar relacionada a esta prática. A infecção percutânea através do sítio de introdução do cateter é considerada como a via mais importante neste tipo de infecção. O autor concluiu que as colonizações nos sítios de inserção do CVC, em paciente críticos (UTI) e Cirúrgicos (CCII) e na ponta de cateter em pacientes cirúrgicos, internados no Hospital Universitário de Uberlândia. Eles relatam que cerca da metade dos pacientes com CVC demonstraram contagem alta de estafilococos no sítio de inserção do cateter, fator de risco de infecção hospitalar e um terço das pontas dos cateteres apresentaram os mesmos microorganismos encontrados na pele dos pacientes. Houve uma relação entre o uso terapêutico de antimicrobianos e a presença de estafilococos resistentes á Oxacilina no sítio de inserção do cateter.

Para Servolo de Medeiros (2001) já existem estudos mostrando que realmente o controle adequado e o rodízio de antibióticos (deixar de usar um determinado grupo de antibióticos e utilizar outro grupo em substituição) reduzem a resistência bacteriana.

Assim, a sugestão do Ator Social 12 de utilizar uma política de controle do uso de antimicrobianos no Hospital Universitário, é uma proposta viável que poderia ser estudada pela CCIH, incluindo, por exemplo, a Aliança para o Prudente Uso de Antibióticos (APUA).

Os dados desta questão são apresentados no quadro 21a seguir:

Quadro 21 - Você pode recomendar algumas medidas de prevenção e controle para frear a resistência bacteriana aos antibióticos?

Categoria Analítica; Conhecimento Prático
Subcategoria: Resistência bacteriana
Unidades de Significados; Falas dos Atores Sociais

- Usar menos procedimentos invasivos
 - » uso de capelas para o preparo do antibiótico.
 - Utilização de profusão adequada na cirurgia. Não usar antibiótico nas infecções virais.
 - Utilizar uma política de controle microbiano dentro do hospital.
 - É o controle e cuidado de todos os procedimentos para o CIH
 - Fundamental é a lavagem das mãos / Lavagem das mãos, com certeza, pela simplicidade da medida e pela sua efetividade Lavagem das mãos é básico. A lavagem das mãos
 - Controle dos *procedimentos invasivos esse controle assim é muito importante e controle de todos os procedimentos de assepsia.*
 - A melhor medida é a lavagem das mãos, a segunda observar cuidados com cateter, sinais vitais, isolamento, educação continuada.
 - Usar e abusar de todos os procedimentos de assepsia.
 - A atitude do profissional de não prescrever os antibióticos indiscriminadamente.
 - Medidas de assepsia com cateter vesical e venoso, isolamento
 - Não interferir na natureza. Cada vez mais o organismo tem que trabalhar, então, quanto menos medicação, mais o organismo trabalha, a medicação não é curativa, ela auxilia na cura, o *que faz a cura realmente é o próprio organismo mesmo.*
 - Educação continuada (4x)
 - » Utilizar uma política de controle microbiano dentro do hospital
-

Análise e Discussão da questão número 22 - Você sendo um profissional de saúde está informado (a) que o Centro de Controle de Doenças Infecciosas (CDC) dos EUA está divulgando que a primeira ação para diminuir o risco da disseminação da resistência bacteriana é a lavagem das mãos?

A maioria dos profissionais de saúde (73,68%) respondeu afirmativamente e outros (21,31%) não tinham conhecimento desta importante informação divulgada pelo CDC. É surpreendente que as “falas” dos Atores Sociais, ao dizerem não, demonstravam um certo desconforto, porém ressalta-se que eles, ao falarem a verdade, agiram eticamente, pois não esconderam o seu desconhecimento sobre esta informação. Considera-se esta atitude ética destes profissionais o ponto alto desta questão.

A lavagem das mãos é a mais simples, mais efetiva medida para prevenir e controlar a infecção hospitalar (PITTET, 2001).

A “fala” de um profissional de saúde, além de demonstrar conhecimento sobre o assunto, informa também que o Ministério da Saúde do Brasil fomenta esta medida em nível nacional quando diz:

Sim, estou informada, e o nosso Ministério da Saúde também acampou esta idéia. Nossas campanhas procuram enfatizar a lavagem das mãos que são realizadas anualmente no dia quinze de maio, considerado o dia da lavagem das mãos, que é o dia do controle da infecção hospitalar em todo o mundo (Ator Social 29).

Há cento e cinquenta anos atrás, as mãos já eram consideradas o principal veículo de transmissão de infecção hospitalar. Em 1847, no Hospital Geral de Viena, o médico húngaro Semmelweis provou que as mãos dos médicos e dos estudantes de medicina, contaminadas com restos de material de necropsia de mulheres que morriam de IH, por febre puerperal, eram a causa de altas taxas desta infecção na maternidade daquele Hospital. Ele exigiu que todos os estudantes e médicos lavassem as mãos com uma solução de água clorada antes e depois de atender qualquer paciente. Esta simples medida de higiene das mãos introduzida, por Semmelweis na assistência hospitalar reduziu drasticamente em um ano a taxa de IH de 11,4% para 1,27%. Pela sua notável descoberta científica, Semmelweis é reverenciado como pai do controle da infecção hospitalar, sendo o dia quinze de maio o dia Internacional de Combate a Infecção Hospitalar (SANTOS, 1997).

Destaca-se que numa recente pesquisa realizada entre médicos, nos Estados Unidos, 45% considerou a prática descuidada da lavagem das mãos uma causa importante da resistência bacteriana aos antimicrobianos nos hospitais (WEINSTEIN, 2001).

Salienta-se que a pergunta aparentemente simples, feita aos profissionais de saúde nesta entrevista, contém na sua essência “a chave do conhecimento” importante e necessário para o controle da infecção hospitalar - **a lavagem das mãos**.

A seguir, o Quadro 22 onde se apresentam as unidades de significados sobre lavagem das mãos.

Quadro 22 - Você sendo um profissional de saúde está informado (a) que o Centro de Controle de Doenças Infecciosas (CDC) dos EUA está divulgando que a primeira ação para diminuir o risco da disseminação da resistência bacteriana é a lavagem das mãos?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Lavagem das mãos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

Sim. (14x)

• Não (4x)

• Sim. O nosso Ministério da Saúde também já encampou esta idéia, pois, nas nossas campanhas que são realizadas no dia 15 de maio, é considerado O Dia Da Lavagem Das Mãos, que é o dia do Controle da Infecção Hospitalar.

Análise e Discussão da questão número 23- Qual o seu temor ao observar ou quando lhe contam que existe um número significativo de profissionais de saúde que negligenciam a lavagem das mãos e também excedem no uso de antibióticos?

As conseqüências fatídicas e graves dos efeitos das ações da aplicabilidade da tecnologia moderna em todo o mundo, vem causando desastres ecológicos de tal envergadura que tanto a raça humana como outras espécies de vida correm o risco de extinção.

A tecnologia moderna desencadeou uma força, não experimentada anteriormente pelo homem, que está pedindo uma ética que evite mediante freios voluntários que seu poder leve os homens ao desastre.

Segundo Jonas (1995, p. 16) “Só a previsível desfiguração do homem nos ajuda a alcançar aquele conceito de homem que há de ser preservado de tais perigos”

Então, no seu livro O princípio da responsabilidade, Hans Jonas evoca a “Heurística do Temor” como exercício para despertar a humanidade do perigo iminente e catastrófico que a cada dia se avoluma, vertiginosamente, com o poder incontestável do avanço do desenvolvimento tecnocientífico. Perante tal realidade, pergunta Jonas: quem poderá servir-nos de guia? O próprio perigo que prevemos!

Focando o exercício da “Heurística do Temor”, em relação ao tema de estudo, a perspectiva é que, num futuro muito próximo, a resistência bacteriana venha sobrepujar a antibioticoterapia, e que o antibiótico tome-se ineficaz no combate de todo e qualquer tipo de doenças infecciosas. É a previsível desfiguração de um tratamento médico, que por hora ainda se baseia no uso de antibióticos na busca da curar de doenças infecciosas hospitalar e comunitária, que rapidamente vem se tomado ineficiente frente aos mecanismos de resistência bacteriana. É a volta à era pré-antibiótica.

Diante de tal projeção catastrófica, urge aplicar na prática assistencial hospitalar os princípios da responsabilidade os quais derivam de novos deveres e valores que os profissionais de saúde têm em relação a importância da lavagem das mãos, controlar a IH e a resistência bacteriana.

O *Temor* abordado nesta pergunta tem a conotação da “Heurística do Temor” de Hans Jonas. E, os diferentes pontos de vista elencados pelos profissionais de saúde, são transcritos a seguir:

Temor da emergência de bactérias resistentes sair do controle, a indústria também tem interesse, devia-se colocar os alunos longe das indústrias farmacêuticas (Ator Social 17).

Temor que num futuro o equilíbrio tende para o lado das bactérias (Ator Social 15).

Temor dessa conduta, a negligência da lavagem das mãos e o uso de antibióticos, ela precisa ser revertida através de campanhas de educação e o temor maior é de que é difícil mudar a conduta das pessoas (Ator Social 22).

O meu temor é pelo problema da contaminação, que leva a infecção hospitalar, a não lavagem das mãos, uso indiscriminado de antibióticos e a resistência das bactérias (Ator Social 27).

Eu tenho temor, sim, porque eu acho que é falta de treinamento, de uma educação especializada e ter responsabilidade (Ator Social 28).

O temor que eu tenho é pela falta de ética, pelos profissionais que estão aí, não só da medicina, quem é competente é ético (Ator Social 16).

Existe um grande temor, porque além da lavagem das mãos ser uma medida barata, ela é muito eficaz. Quando a gente sabe que muito profissional de saúde não está fazendo higiene das mãos, a gente sabe que estamos perdendo terreno, dando chance para as bactérias causar infecção hospitalar (Ator Social 12).

Eu tenho temor e pena de todos esses pacientes que são atendidos por esses profissionais que fazem esse tipo de coisa (profissionais de saúde que negligenciam a lavagem das mãos e também excedem no uso de antibióticos) (Ator Social 29).

Temor, que se concretize toda essa teoria de que as bactérias vão ganhar a guerra (Ator Social 11).

Tenho temor sim, pela irresponsabilidade.. Os profissionais de saúde realmente não lavam as mãos, exemplo quando vão fazer procedimento nos pacientes, eles não só não lavam as mão como não observam as regras mais simples de não contaminar o paciente, e é tão simples colocar uma toca, uma máscara , uma luva para não contaminar o paciente , já se sabe que isso é o que diminui a infecção hospitalar. A colocação do cateter é uma das técnicas que exige o maior cuidado de assepsia, e as pessoas não o fazem, elas mexem no doente aqui e noutro aU, não lavam as mãos (Ator Social 9).

Temor, tristeza, estes profissionais realmente são pessoas irresponsáveis (Ator Social 5).

Eu temo pela vida das pessoas e pela minha também (Ator Social 23).

Meu grande temor é que isso vire uma prática banal (Ator Social 26).

Que o temor se transforme em raiva, quando a gente tem o conhecimento de profissionais de saúde que negligenciam a lavagem das mãos e também excedem no uso de antibióticos, geralmente profissional médico é que faz isso, o cirurgião chega na UTI e coloca a mão no paciente sem lavar (Ator Social 14).

Eu temo pela irresponsabilidade, eu acho um crime, é um crime porque não custa lavar a mão, fazer direito as técnicas de assepsia (Ator Social2).

Eu tenho medo que eles não se conscientizem a tempo (Ator Social 24).

Os depoimentos em destaque demonstram que os Atores Sociais conseguiram vivenciar, intuitivamente, o exercício da “Heurística do Temor”. Suas “falas” desvelam a previsível desfiguração do cuidado em relação ao impacto da resistência bacteriana no controle da EH.

O Temor para alguns Atores Sociais ficou retratado na emergência das bactérias resistentes, no interesse e força da Indústria farmacêutica, na batalha vencida pelas bactérias, na dificuldade de mudar a conduta das pessoas pela falta de ética e de responsabilidade dos profissionais de saúde no sentimento de raiva.

Abaixo no Quadro 23, estão as unidades de significados sobre o Temor.

Quadro 23 - Qual o seu temor ao observar ou quando lhe contam que existe um número significativo de profissionais de saúde que negligencia a lavagem das mãos e também excede no uso de antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Temor
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Preocupante com falta de treinamento e de uma educação especializada e a falta de responsabilidade tantos profissionais[...]
- **Temor em relação a emergência de bactérias emergentes e esta sair do controle, a indústria farmacêutica também tem interesse, devia-se colocar os alunos longe das indústrias farmacêuticas.**
- **Temor que num futuro o equilíbrio tenda para o lado das bactérias**
- Isso é que me preocupa muito .
- Temor de que essa conduta coloque em perigo a existência do homem, ela precisa ser revertida através de campanhas de educação e o temor maior é de que é difícil mudar a conduta das pessoas .
- **Temor em relação a Ih, a não lavagem das mãos, ao uso indiscriminado e a resistência das bactérias.**
- Não sei , o temor que eu tenho é pela ética, pelos profissionais que estão aí, não só da medicina[...]
Quem é competente é ético
- Existe uma preocupação grande, pois a lavagem das mãos é uma medida barata ela é muito eficaz. Quando a gente sabe que muitos profissionais não estão lavando nem as mãos, infelizmente, a gente está perdendo terreno nessa área[...]
- Eu tenho “pena” de todos esses pacientes que são atendidos por esses profissionais que fazem esse tipo de coisa[...] Não lavam as mãos, não usam cuidados de assepsia e usam de modo indiscriminado antibióticos.
- Temor de que se concretize toda essa teoria de que as bactérias vão ganhar a guerra.
- Temor, porque os profissionais realmente não lavam as mãos, como também não observam as regras mais simples de não contaminar o paciente, e é tão simples colocar uma toca, uma máscara , uma luva para não contaminar o paciente, sabe-se que isso é o que diminui a infecção urinária hospitalar causada pelo cateter e outros procedimentos técnicos dentro de um hospital.
- Tristeza, realmente, por esses profissionais irresponsáveis.
- Eu temo pela vida das pessoas e a minha.
- Temor pela irresponsabilidade.
- Meu grande temor é que isso vire uma prática banal.
- Que o temor se transforme em raiva, quando a gente tem o conhecimento de pessoas que ainda faz assim, geralmente profissional médico é que fazem isso, cirurgião chega na uti e coloca a mão no paciente sem lavar[...]
- . Eu acho um crime. É um crime porque não custa lavar a mão, fazer direito este procedimento tão simples e outros[...]
- Eu tenho medo que os profissionais de saúde não se conscientizem a tempo.
- Temor pela falta de competência mesmo ou falta de consciência de se agregarem a uma realidade.

Análise e Discussão da questão número 24 - Você acredita que os profissionais de saúde que são negligentes em lavar as mãos, têm preocupação com o problema de infecção hospitalar?

O termo “preocupação” contido nesta pergunta tem o significado de “cuidado”, visto como dever, por outro ser. Enfoca-se o cuidado relacionado com os profissionais de saúde/paciente/CIH. O cuidado/preocupação faz parte da ética da responsabilidade. Por isso, este questionamento era precedido por este pensamento de Hans Jonas (1995), responsabilidade é o **cuidado reconhecido como dever, por outro ser**, cuidado que, dada a ameaça de sua vulnerabilidade, se **converte em preocupação**.

Assim, os Atores Sociais, quando indagado você acredita que os profissionais de saúde que são negligentes em lavar as mãos têm preocupação com o problema de infecção

hospitalar? Todos sentiram-se estimulados pela frase de Jonas e expressaram com despreendimento suas opiniões e reflexões.

Portanto, evidencia-se que poucos (5,26%), dos entrevistados responderam que existem profissionais que se preocupam com a IH, porém contraditoriamente desenvolvem na prática atitudes incorretas, como diz o Ator Social 18:

Eles se preocupam mas[...] não atuam corretamente.

Tal relato desvela uma preocupação sem cuidado/responsável. Logo, um cuidado não reconhecido como dever, por outro ser (o paciente). O profissional até pode demonstrar preocupação, mas quando a ação é praticada incorretamente, de imediato ela se transforma numa despreocupação pelo ato negligenciado.

Passado o Sesquicentenário (1847-1997) das observações levantadas no estudo de Semmelweis, da importância da lavagem das mãos na redução da incidência de infecção hospitalar, por que a lavagem das mãos ainda continua sendo a medida mais negligenciada nos hospitais (WEINSTEIN, 2001).

Ressalta-se que a maioria, 94,73% considerou que os profissionais de saúde, que não lavam as mãos e lidam diretamente com pacientes, não têm preocupação com o problema da IH.

Os relatos mais significativos estão contidos nos seguintes depoimentos;

Eles não têm a maior preocupação (Ator Social 10).

Eles não se preocupam *com* a infecção hospitalar (Ator Social 2)

Já não lava a mão por despreocupação própria, senão tem cuidado consigo., não tem com o paciente (Ator Social 1).

Acho que os profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes são um pouco irresponsáveis, porque eles não têm essa preocupação com a IH. Eles não têm preocupação se tivessem, lavavam as mãos (Ator Social 23).

Não tem cuidado convertido em preocupação e muitos deles, sofrem de ignorância em relação ao tema IH, os outros é mal exercício profissional mesmo (Ator Social 11).

Acho que entra bem dentro de todo esse pensamento, de tudo isso que está sendo colocado até agora de cuidado e, cuidado, é preocupação com o outro mesmo, ele traduziu muito bem este pensamento (Ator Social 29).

Concordo em gênero, número e grau com Hans Jonas. Eu acho que as vezes eles não juntam uma coisa com a outra, eu acho que é isso que acontece. Eles não acham que eles vão ser capazes de provocar a morte de alguma pessoa por não lavar as mãos[...] não acham que seja deliberado (Ator Social 12).

Segundo Weinstein (2001, p. 188), “estudos realizados sobre a adesão da lavagem das mãos, em várias unidades de internação de pacientes hospitalizados, observaram que os profissionais de saúde geralmente não lavavam as mãos ou, se o fazem, o profissional lava as mãos incorretamente em somente 25 a 50% das oportunidades”.

A infecção hospitalar é um problema de Saúde Pública, com altas taxas de morbidade e mortalidade no mundo inteiro. A infecção hospitalar mata!

Infecção hospitalar é uma ameaça da vulnerabilidade da responsabilidade humana. A negligência da lavagem das mãos pode causar IH, cujo prejuízo recai sobre o paciente (que pode ser causa de morte) e nos custos do hospital (Ator Social 10)

As ressonâncias destas “falas” traduzem a falta de dimensão de cuidado com a lavagem das mãos e, conseqüentemente, com a IH, na prática assistencial de um hospital.

Fica subentendido também que não há uma preocupação responsável por parte de profissionais de saúde, e muito menos o cuidado com o paciente é reconhecido como dever, por outro ser.

A CCIH tem que reforçar e revitalizar seu alerta educacional sobre a lavagem das mãos, e estar sempre vigilante. Não relaxar nunca na promoção e prevenção da IH.

Cabem aos profissionais de saúde, escolhidos para participar deste estudo, incorporar a responsabilidade/cuidado/preocupação e repassar o conhecimento adquirido e auxiliar aqueles seus colegas na abertura para acolher o velho/novo ensinamento de Semmelweis; a lavagem das mãos, uma simples e eficaz medida no combate da IH.

No Quadro 24, apresentam-se as unidades de significados referentes à subcategoria lavagem das mãos.

Quadro 24- Você acredita que os profissionais de saúde que são *negligentes em lavar as mãos têm preocupação com o problema de infecção hospitalar?*

Categoria Analítica; Ética da Responsabilidade
Subcategoria; Lavagem das mãos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Não (18x)
 - Se tiver só em parte. Não acredito, não.
 - Eles não tem maior preocupação.
 - *eles não se preocupam com a infecção hospitalar.*
 - Se já não lavam as mãos por despreocupação própria, senão tem cuidado consigo., não tem com o paciente.
 - Acho que os profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes são um pouco irresponsáveis porque eles não tem essa preocupação. Eles não tem preocupação, se tivessem lavavam as mãos.
 - Não tem cuidado convertido com preocupação e muitos deles sofrem de ignorância em relação ao tema , os outros é mal exercício profissional.
 - Ele se preocupa mas[...]. **não** atua corretamente.
 - Concordo em gênero, número e grau com Hans Jonas. Eu acho que as vezes eles não juntam imia coisa com a outra, eu acho que é isso que acontece. Eles não acham que eles vão ser capazes de provocar a morte de alguma pessoa por não lavar as mãos[...] não acham que seja deliberadof...).
 - Acho que entra bem dentro de todo esse pensamento, de tudo isso que esta sendo colocado até agora de cuidado, e cuidado, é preocupação com o outro mesmo, ele traduziu muito bem este pensamento.
-

Análise e Discussão da questão número 25 - Como você interpreta a conduta ética desses profissionais que são descuidados com a lavagem das mãos e fazem uso indiscriminado de antibióticos.

A interpretação dos Atores Sociais frente a esta pergunta retratou que muitos deles se expressaram com o mesmo adjetivo, porém poucos (10,52%) acharam que os profissionais de saúde são negligentes, outros (21,05%) responderam que eles são irresponsáveis e muitos (57,89%), os consideram sem ética. Os demais Atores Sociais (10,52%) interpretam esse “descuido” de maneira mais ampla, como se pode observar;

Eu acho que talvez eles não saibam que não estão sendo éticos, eu acho que é mais por ignorância e desconhecimento e alguns porque são anti-éticos mesmo. Talvez por conhecer e ter preguiça em lavar as mãos [...] Acho que tem muito disso aqui no HU (Ator Social 12).

Não tem preocupação com a vida[...] (Ator Social 23).

Não tem conduta ética ou então entende a lavagem das mãos e a resistência de forma diferente da gente, geralmente são profissionais mais preocupados com o lucro que com gente (Ator Social 14).

Hans Jonas (1995, p. 162), ao abordar a responsabilidade como imputação casual de atos cometidos, enfatiza que o poder casual é condição da responsabilidade: “o agente há de responder pelo seu ato; é considerado responsável pelas conseqüências do ato e, dependendo do caso, é de fato responsável até no sentido jurídico. E, tão pouco a antecipação no início da ação serve de motivo do ato, senão que (se é efetivo) serve para selecioná-lo, isto é, serve de motivo para executá-lo ou eliminá-lo”.

Ser negligente, descuidado, irresponsável, preguiçoso, ignorante e sem ética são atitudes que deveriam estar bem distantes, banidas das práticas assistenciais de todos os profissionais de saúde, sejam dos que trabalham no HU ou em qualquer outra instituição hospitalar ou na comunidade.

A introdução de tecnologia de ponta, nos hospitais, exige que seu manuseio e os procedimentos para cada paciente sejam realizados dentro das medidas de Controle de Infecção Hospitalar, cuja ação é permeada pela ética da responsabilidade.

Segue-se o Quadro 25 em que se apresentam os dados da subcategoria lavagem das mãos e uso indiscriminado de antibióticos,

Quadro 25 - Como você interpreta a conduta ética desses profissionais que são descuidados com a lavagem das mãos e fazem uso indiscriminado de antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Lavagem das mãos e uso indiscriminado de antibióticos.
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Não sei se é uma conduta antiética ou se porque não sabem, acho que é negligência..
 - Falha ética
 - Não tem ética.
 - » Irresponsáveis
-

-
- FaJha ética
 - Não sei se é uma conduta antiética ou se porque não sabem, acho que é negligência..
 - Não, eles não são éticos. São irresponsáveis
 - Não, eles não são éticos
 - Pouco éticos.
 - Eu acho que talvez eles não saibam que não estão sendo éticos, eu acho que é mais por ignorância e desconhecimento e alguns porque são antiéticos mesmo.
 - Talvez por conhecer e ter preguiça em lavar as mãos e assim se eu tô bem, o que interessa os outros. Eu acho que tem muito disso ai também.
 - Eu acho que são profissionais negligentes
 - Irresponsáveis, descuidados e tomam atitudes que eles mesmos podem ser prejudicados, são suicidas na verdade.
 - Antiético e medicamente incorreto, há critérios para usar , tem condutas que são normas e tem que ser seguida , o médico tem que lavar a mão quando passa de um paciente para o outro.
 - Não há ética
 - São irresponsáveis
 - Não tem preocupação com a vida
 - São antiético
 - Não tem conduta ética ou então entende ela de forma diferente da gente, geralmente são pessoas mais preocupadas com lucro[...] que com gente[...]
 - Eu acho o médico relapso, sem cuidado com nada, são irresponsáveis.
 - Eu acho que eles são antiéticos.
 - Não tem ética.
-

Análise e Discussão da questão número 26- Você tem hábito de sempre lavar as mãos antes e depois de atender o seu paciente?

Segundo Pittet (2001), a higiene das mãos previne a infecção cnizada no hospital.

As mãos são os mais importantes meios pelas quais o germe é transferido de uma pessoa para outra. Então faz sentido que a lavagem das mãos seja a estratégia mais efetiva no CIH. Enfatiza Jarvis (2001). que médicos e enfermeiros, repetidamente não lavam suas mãos adequadamente

Conforme os Atores Sociais deste estudo, a maioria (63,15%) afirmam que lavam sempre suas mãos antes e depois de cuidar de seu pacientes. E, 31,57% profissionais de saúde também responderam Sim, mas fazem comentários sobre o assunto:

Sim, sempre. Eu nunca esqueço de lavar as mãos e ainda lembro as pessoas para lavarem também (Ator Social 12).

Nesta “fala” emerge uma preocupação deste profissional em repassar seu conhecimento, da importância da lavagem das mãos na prática hospitalar a seus parceiros de equipe de saúde.

Isso é uma das coisas que agente aprende a se educar para fazer esse tipo de prevenção, como lavar a mão corretamente. Isso é importante também, e não simplesmente colocar as mãos debaixo da torneira, fechar a torneira © sair[...] O lavar as mãos tem todos os passos a serem seguidos. Este entrevistado indica que não basta simplesmente lavar as mãos, mas esta ação exige consciência do fazer o CIH com responsabilidade (Ator Social 29).

Dos profissionais de saúde entrevistados, 5,26%, relatam que lavam as mãos várias vezes, mesmo não trabalhando diretamente com pacientes.

Aqui, no meu trabalho eu não lido direto com pacientes, mas minhas mãos entram em contato com receitas e prontuários, então esses receituários e prescrições já vem manipulado do próprio setor, então, várias vezes a gente lava as mão (Ator Social 24).

Os dados analisados salientam que os profissionais de saúde entrevistados aplicam nas suas práticas a lavagem das mãos, contrariando as informações acima. Uma explicação para tal atitude positiva, talvez, seja justamente por estes profissionais trabalharem num Hospital Escola. Um dado importante para ser investigado.

A seguir, apresenta-se o resumo das falas no Quadro 26.

Quadro 26 - Você tem hábito de sempre lavar as mãos antes e depois de atender os seus pacientes?

Categoria Analítica: Conhecimento Prático
Subcategoria: Lavagem das mãos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

« Sim (12x)

- Sim, eu sinto necessidade, tanto antes como depois, eu sempre tenho o hábito
 - Sim, com certeza.
 - Sim (depois de manusear exames)
 - Eu lavo as mãos após de cada exame, eu vou dar um exemplo bem prático aqui, quando eu faço a triagem, logo após fazer a triagem eu entro em contato com a segunda via da prescrição do paciente, eu lavo as mãos, porque aquele documento saiu da unidade, eu não sei quem manuseou.
 - Sim, sempre. Eu nunca esqueço de lavar as mãos e ainda lembro as pessoas para lavarem as mãos.
 - Nossa[...] antes, depois e durante.
 - Isso é uma coisa que a gente aprende, não vou dizer que isso a gente sabia antes, que acho que tinha esse comportamento, mas isso a gente aprende.
 - É uma das coisas que a gente aprende a se educar para fazer esse tipo de coisa, como lavar a mão corretamente. Isso é importante também e não simplesmente colocar a mão embaixo da torneira, fechar a torneira e sair. O lavar as mãos tem todos os passos a serem seguidos.
 - Sempre.
 - Sim, geralmente.
 - Aqui no meu trabalho eu não lido direto com pacientes, é mais com receitas e prontuários. Esses receituários e prescrições já vem manipulados do próprio setor, então várias vezes a gente lava as mãos...
 - Sempiterno. Pois às vezes podemos até esquecer, mas o paciente percebe, ele está notando que você tocou o nariz, a cabeça e a mão vai para o paciente e ele está observando isto.
-

Análise e Discussão da questão número 27 - Na sua opinião a negligência, da lavagem das mãos, por parte de alguns profissionais de saúde poderá estar relacionada a um conhecimento teórico-prático inadequado, ou de cuidado sem preocupação, ou no desleixo de agir com “responsabilidade”?

Salienta-se que esta pergunta gerou algumas respostas semelhantes, porém com enfoques distintos. Dentre os entrevistados, alguns (31,57%) acreditam que todos os três fatores, em destaque neste quesito, estão relacionados a negligência da lavagem das mãos, como se pode observar:

Olha, eu acho que é todos esses fatores pois, acredito, que eles podem estar relacionados a negligência da lavagem das mãos (Ator Social 10).

Eu acho que todas as três coisas, não dá de escolher nem uma e nem outra, acho que todas elas estão envolvidas na negligência da lavagem das mãos (Ator Social 29).

Todos os três fatores (Ator Social 15, 23, 22).

Evidenciou-se que a maioria (53,63%) dos Atores Sociais aponta ser o agir sem responsabilidade e a falta de responsabilidade as causas para a negligência da lavagem das mãos.

A maioria está relacionada ao o agir sem responsabilidade desleixo sem responsabilidade (Ator Social 19).

Eu acho que é o agir sem responsabilidade, não estão preocupados com a lavagem das mãos (Ator Social 2).

Acho que é negligência mesmo, irresponsabilidade (Ator Social 6).

Olha talvez não seja só isso. Existem publicações científicas falando sobre porque os profissionais não lavam as mãos. As vezes tem pia, o papel e sabão, mas as vezes eles acham que tempo é dinheiro, talvez eles não queiram perder tempo, perder dinheiro[...] talvez seja isso aí. Uma falta de responsabilidade mesmo (Ator Social 12)!

Ainda têm-se as respostas de outros (15.78%) entrevistados que mencionam como causa da negligência da lavagem das mãos, o conhecimento teórico-prático inadequado, ou como alguns se expressaram, por falha de educação:

Considero que existe um conhecimento inadequado, se for adequado não vão fazer isso[...] (Ator Social 17).

Conhecimento teórico/prático inadequado e um pouco de falta de preocupação (Ator Social 26).

Acredito que tudo pode estar envolvido, embora a educação seja ruim, é impossível que o profissional de saúde não tenha ouvido falar da importância da lavagem das mãos (Ator Social 9).

De acordo com Boff(1999, p.33), “o que se opõe ao descuido e ao descaso é o **cuidado**. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representam uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”.

Este pensamento de Boff representa o oposto, a antítese, das atitudes dos profissionais de saúde, conforme as opiniões declaradas pelos Atores Sociais deste estudo.

O profissional responsável deve procurar usar o conhecimento, a habilidade, a tecnologia, objetivando a preservação do nosso viver, do viver do próximo (que neste estudo é o paciente) e também, como propõe Jonas, das gerações futuras.

Para o profissional de saúde, a lavagem das mãos deve ser mais que uma obrigação formal fundamentada em conhecimento teórico-prático, mas, sobretudo, uma atitude de respeito e de responsabilidade para com o paciente e na busca do Controle da Infecção Hospitalar. Assim, a negligência da lavagem das mãos, é uma questão ética, logo, deve ser analisada sob a ótica da ética da responsabilidade.

No Quadro 27, apresentam-se as falas da subcategoria lavagem das mãos.

Quadro 27 - Na sua opinião a negligência, da lavagem das mãos, por parte de alguns profissionais de saúde poderá estar relacionada a um conhecimento teórico-prático inadequado, ou de cuidado sem preocupação, ou no desleixo de agir com “responsabilidade”?

- As vezes tem a pia, o papel e sabão, mas as vezes eles acham assim que tempo é dinheiro, talvez as pessoas não queiram perder tempo, perder dinheiro, elas não se preocupam talvez tanto quanto deviam com o semelhante, talvez seja isso aí. Uma falta de responsabilidade mesmo!
 - A maioria está relacionada ao o agir sem responsabilidade desleixo sem responsabilidade.
 - Eu acho que é o agir sem responsabilidade, não estão preocupados com a lavagem das mãos.
 - Acho que é negligência mesmo, irresponsabilidade.
 - Olha talvez não seja só isso. Existem publicações científicas falando sobre porque os profissionais não lavam as mãos.. As vezes tem pia, o papel e sabão, mas as vezes eles acham que tempo é dinheiro, talvez eles não queiram perder tempo, perder dinheiro[...] talvez seja isso aí. Uma falta de responsabilidade mesmo!
 - Considero que existe um conhecimento inadequado, se for adequado não vão fazer isso.
 - Conhecimento teórico/prático inadequado e um pouco de falta de preocupação.
 - Acredito que tudo pode estar envolvido, embora a educação seja falha, é impossível que o profissional de saúde não tenha ouvido falar da importância da lavagem das mãos .
-

Análise e Discussão da questão número 28 - Você tem Esperança que, num futuro bem próximo, os profissionais de saúde venham a incorporar conscientemente na sua prática do dia-a-dia a lavagem das mãos para o controle da IH?

Quando se fala em campanhas de motivação para estimular e conscientizar profissionais de saúde, para que adotem a prática da higiene das mãos, Semmelweis é referência primordial.

Conforme Pittet (2001), a despeito dos avanços do controle epidemiológico da infecção hospitalar, a mensagem de Semmelweis, não é consistentemente assimilada na prática clínica e a aderência dos profissionais de saúde para a recomendada prática da higiene das mãos é de uma aceitação muito baixa. A aceitação média da importante medida da lavagem das mãos varia entre as unidades hospitalares, no meio das categorias de profissionais de saúde e de acordo com as condições de trabalho ofertada por cada hospital.

Para Jarvis (1994), a promoção da higiene das mãos é o principal desafio para o controle da infecção hospitalar. Fatores tais como: educação continuada, distribuição de panfletos, cartazes, leituras, eventos científicos e informação atualizada de taxas de IH têm sido mencionados como uma melhoria do CIH.

Estas citações servem de pano de fundo para situar as idéias formadas pelos Atores Sociais a respeito da questão em discussão. Assim, a maioria absoluta (78,94%) dos entrevistados expõem suas idéias imbuídos na esperança de que a lavagem das mãos venha se concretizar na prática dos profissionais de saúde num futuro bem próximo. Já outros (21,05%) não têm esperança de que essa prática ocorra num futuro assim tão próximo. A seguir destacam-se alguns comentários:

Tão próximo assim não. Eu acho que precisa de educação continuada sempre. Se tu ensina uma turma a lavar as mãos, já vem outra que não sabe e tu tem que ensinar tudo de novo (Ator Social 12).

Eu não tenho esperança, muito menos num futuro próximo (Ator Social 26).

Acho que no futuro sim, mas bem próximo não, a gente que trabalha no HU vê que isto ainda está tão distante, imagina nos outros lugares (Ator Social 23).

Sim. EM acho que os profissionais pelo menos deveriam ter esta conscientização e ti-aballmr em cima da lavagem das mão pai-a que isso venlia ocoiTer (Ator Social 20).

Sim, tenho esperança porque a comissão de controle hospitalar faz um bom trabalho, se esforça para que o hábito da lavagem das mãos aconteça rapidamente (Ator Social 24).

Sim. Hoje, as próprias faculdades estão observando, mais de perto, a lavagem das mãos, o uso de luvas, gorros e máscaras. Inclusive a mão limpa já vem da formação do corpo escolar, isto é muito importante (Ator Social 1).

Eu acho que sim, mas, sempre vai ter um profissional de saúde que não vai lavar as mãos (Ator Social 5).

Sim eu tenho esperança. Esperança a gente tem, eu acho que as vezes falta por parte dos profissionais de saúde mais responsabilidade e vontade de querer lavar as mãos, por parte da CCIH, de repente, um maior estímulo e acompanhar de perto como está se fazendo a lavagem das mãos (Ator Social 27).

Eu acho que com bastante educação com bastante treinamento, eu acredito que sim (Ator Social 28).

Coincidentemente acho que vai ser meio difícil, mas esperança eu sempre tenho de que todos os profissionais de saúde tenham a idéia de absorver esse comportamento de lavagem das mãos (Ator Social 29).

Acredito que sim, mas diferente da lavagem das mãos aqui sofre uma outra variável que é o uso indiscriminado de antibiótico que além de ter uma parte relacionada a falta de conhecimento tem também o marketing da indústria farmacêutica, que é mais difícil de responder que a anterior (Ator Social 11).

Acho que se bater mais nessa tecla, a lavagem das mãos, e insistir mais na educação sim, senão não. Não adianta só colocar um cartaz de lave as mãos, a CCIH tem que dizer o que está acontecendo! Imagine um técnico de enfermagem na enfermaria que as vezes tem 10 doentes para cuidar, a estrutura não favorece e ele não tem tempo, se ele for parar e ir lá na pia para lavar a mão e ver outro paciente não vai dar tempo, então tem muitas coisas que não favorece esta prática. Aqui é fácil examinar o paciente e lavar as mãos, porque são menos pacientes e eu tenho mais tempo, mas isto não é a realidade do hospital como iim todo (Ator Social 9).

Estes depoimentos, na sua totalidade, desvelam na esperança de alguns e na desesperança de outros, a angustia de reconhecer que a negligencia da higiene das mãos é oriunda de uma prática pouco reflexiva dos profissionais de saúde.

Sim. Acho que no futuro sim, mas bem próximo não, a gente que trabalha no HU vê que isto ainda está tão distante, imagina nos outros lugares (Ator Social 23).

Um comportamento inadmissível para quem se propõe cuidar de vidas alheias!

Como diz Hans Jonas (1995 p.359); “uma herança degradada degradará também a dos herdeiros”.

O Quadro 28 mostra os depoimentos expressados nesta questão.

Quadro 28 - Você tem Esperança que num futuro bem próximo os profissionais de saúde venham a incorporar conscientemente na sua prática do dia-a-dia a lavagem das mãos para o controle da IH?

Subcategoria: Esperança

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Não (2x)
- Não tenho esperança de um futuro próximo
- Sim (4x)
- Muita,
- Espero que sim (2x)
- Acredito que sim!
- Sim, mas sempre vai ter um que não vai lavar
- Conscientemente acho que vai ser meio difícil[...] .. mas esperança eu sempre tenho de que esse pessoal todo adote essa idéia, esse comportamento de “lavagem das mãos”.
- Sim. tenho esperança porque a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar faz um trabalho educativo para que isso aconteça rapidamente.
- As próprias universidades, hoje, estão observando isso mais de perto, luva, gorro ,máscara inclusive a “mão limpa” já vem da formação do corpo escolar, isto é muito importante.
- No futuro sim, mas bem próximo não! A gente que trabalha no HU, um hospital escola, vê que isto ainda está tão distante[...] imagina nos outros lugares[...].
- Sim eu tenho esperança. Mas, acho que as vezes falta mais, por parte da CCIH estimular mais, e vir acompanhar de perto como a “lavagem das mãos” está sendo feita[...]
- Com bastante educação, com bastante treinamento, eu acredito que sim.
- Tão próximo assim não. Eu acho que precisa de educação continuada sempre. Se tu ensinas uma turma a lavar as mãos, já vem outra em seguida que não sabe, e, tu tens que ensinar a fazer isso de novo.
- Sim. Mas, diferente da lavagem das mãos aqui existe uma outra variável, que é o uso indiscriminado de antibiótico, que além de ter imia parte relacionada a falta de conhecimento, tem também o “marketing da indústria farmacêutica”, que é mais difícil de responder que a anterior.
- Acho que se as pessoas baterem mais nessa tecla e fizerem mais educação sim, se isso não ocorrer aí eu não tenho esperança[...]
- Sim, pelo menos deveria haver mais conscientização e trabalhar para que isso aconteça. Principalmente reforçando a importância da educação da “lavagem das mãos” também, junto aos estudantes estagiários, doutorandos de medicina e residentes do HU, que já estão vivenciando esta realidade. Importante ressaltar que os cuidados promover o Controle de Infecção Hospitalar já não tem tanta resistência como antigamente[...] O momento é esse., temos que agir imediatamente[...].
- Não adianta colocar um cartaz de “lave as mãos”, a CCIH tem que dizer o que está acontecendo[...] imagine um técnico de enfermagem ou enfermeiro numa enfermaria que as vezes tem 10 doentes para cuidar.. , a estrutura não favorece - pias só no setor preparação medicamentos - ele não tem tempo, se ele for parar e ir lá na pia para lavar a mão e ver outro paciente não vai dar tempo, então tem muitas coisas que não favorece hábito de lavar as mãos. Aqui, na UTI, é fácil examinar o paciente e lavar as mãos, porque são menos pacientes, a área física é bem menor, e eu tenho mais tempo para cuidar do paciente[...] MAS, esta não é a realidade do hospital como imi todo.
- Sim. Mas, diferente da lavagem das mãos aqui existe uma outra variável, que é o uso indiscriminado de antibiótico, que além de ter uma parte relacionada a falta de conhecimento, tem também o “marketing da indústria farmacêutica”, que é mais difícil de responder que a anterior.

Análise e Discussão da questão número 29 - Você tem esperança que, num futuro bem próximo, os profissionais de saúde venham a incorporar conscientemente na sua prática cotidiana o uso prudente de antibióticos?

O dito popular que **a esperança é a última que morre** não é considerada por alguns (26,6%) dos Atores Sociais, pois os mesmos não têm esperança que, num futuro próximo, os profissionais de saúde venham a incorporar concretamente na sua prática cotidiana o uso prudente de antibióticos. Contudo, outros (40%) têm esperança e poucos (20%) têm pouca esperança, condensado estes últimos dados, pode-se afirmar que a maioria (60%) possui esperança que o uso prudente dos antibióticos venha ocorrer. Um pequeno número (13,33%), não respondeu exatamente sobre o aspecto da esperança, fizeram outros comentários, ou seja, fugiram do tema da pergunta, então essas “falas” foram excluídas da análise. Os depoimentos a seguir retratam o ponto de vistas de alguns dos profissionais de saúde:

Esperança eu tenho (Ator Social 27, 17, 2, 10,)

Muita esperança (Ator Social 14).

Tenho esperança, não é utopia, pode acontecer (Ator Social 5)

Tenho pouca esperança (Ator Social 25).

Não tenho esperança (Ator Social 16).

Acho que no futuro sim, mas bem próximo não, a gente que trabalha no HU vê que isto ainda está tão distante, imagina nos outros lugaresf...] (Ator Social 23).

Num futuro próximo eu acho que não, mas, com mais tempo e investimentos na educação de todos os profissionais, ai eu acredito na esperança do uso prudente de antibióticos (Ator Social 28).

Acho que isso não vai acontecer , acho que eles vão continuar usando antibiótico cada vez de mais largo espectro, não vejo perspectiva disso mudar, os profissionais não vêm a consequência daquilo que elas fazem aqui, nesta unidade de risco, é fácil de ver o erro (Ator Social 9).

Mostram-se, no Quadro 29, as falas dos sujeitos sobre esperança.

Quadro 29 - Você tem esperança que num futuro bem próximo os profissionais de saúde venham a incorporar conscientemente na sua prática cotidiana o uso prudente de antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade

Subcategoria: Esperança

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (3x)
 - Não (2x)
 - Não é utopia .. pode acontecer!
 - Pouca esperança
 - Muita.
 - Acho que o uso prudente de antibiótico é uma preocupação muito grande, na maioria das vezes as pessoas acham que são prudentes, vem o uso mais como prevenção.
 - Repito: acho que no futuro sim, mas bem próximo não[...] a gente que trabalha no HU- hospital escola- vê que isto ainda está tão distante[...] imagina nos outros lugares!.
 - Esperança eu tenho
 - Eu espero que sim.
 - Acho que isso não vai acontecer . Acho que eles vão continuar usando antibiótico cada vez de mais largo espectro, não vejo perspectiva disso mudar, as pessoas não vem a consequência daquilo que elas fazem[...] não pensam no futuro[...] aqui, na UTI, é fácil de ver o erro..
 - *A Universidade tem que ser a culpada disso, a culpada no bom sentido, ensinar a ccnsa certa*
 - Num futuro próximo eu acho que não[...] mas, com mais tempo e investimentos[...] muitos cursos técnicos de enfermagem estão sendo implantados pelo Brasil inteiro, então com o tempo os hospitais,irão em vez de auxiliar de enfermagem, técnicos de enfermagem e estes terão treinamento adequado para poderem agir na área da saúde com mais critério e conhecimento
-

Análise e Discussão da questão número 30 - Será que os profissionais de saúde, em geral, adotam nas suas ações e práticas o princípio da responsabilidade em relação ao uso dos antibióticos?

Os dados obtidos para esta questão revelaram que a maioria absoluta (87,5%), responderam NÃO e os demais (12,5%), afirmam positivamente que acham que os profissionais de saúde, em geral, adotam nas suas práticas o princípio da responsabilidade em relação ao uso dos antibióticos. Exemplificam-se estas considerações com as seguintes declarações;

A maioria, eu acho que não, não adotam mesmo (Ator Social 29).

Eu acho que eles não têm muita responsabilidade (Ator Social 24).

Se olhar os resultados por aí, não (Ator Social 17).

A maioria SIM, faz parte do contexto desses profissionais de saúde (Ator Social 15).

Destaca-se que um entrevistado aponta sua dúvida, quando assim se manifesta: É uma interrogação grande aí, não é? (Ator Social 1).

Destaca-se que, de acordo com Jonas (1995, p.206) “a responsabilidade é uma função do poder e do saber e nela ambas mantém uma relação nada sensível”.

Os significados contidos nas “falas” dos Atores Sociais revelam que os profissionais de saúde, em geral, ainda não têm por hábito usar nas suas práticas o princípio da responsabilidade em relação ao uso dos antibióticos. Uma atitude que deve ser urgentemente conscientizada.

Observa-se no Quadro 30 os dados da subcategoria responsabilidade.

Quadro 30 - Será que os profissionais de saúde em geral, adotam nas suas ações e práticas o princípio da responsabilidade em relação ao uso dos antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Eu acho que eles não adotam
 - A maioria eu acho que não, não adotam mesmo.
 - Não (5x)
 - Acho que sim
 - Não sei se usam, não[...].
 - Ah, eu acho que não.
 - Eu acho que eles não tem muita responsabilidade .
 - É uma grande interrogação.
 - Se olhar os resultados que estão por aí, eu digo Não
 - A maioria sim, faz parte do contexto desses profissionais de saúde.
 - A maioria não é responsável
 - Não. Se pensassem eles não agiriam desta forma..
-

Análise e Discussão da questão número 31 ~ Você já leu ou ouviu falar da ética de responsabilidade de Hans Jonas?

Unanimemente (100%), os profissionais de saúde responderam que não conhecem Hans Jonas ou nunca ouviram falar sobre a Ética da Responsabilidade. Destes Atores Sociais poucos (25%) complementam a negativa comentando que essa é a primeira vez que ouvem falar deste filósofo e desta nova ética. Transcrevem-se algumas “falas”;

Não, eu não conhecia. Essa é a primeira vez (Ator Social 10).

Esta é a primeira vez (Ator Social 28).

Não nunca, é a primeira vez, eu não conhecia (Ator Social 2).

Nunca ouvi falar (Ator Social 15).

Assim, a análise desta pergunta permite dizer que o Marco Teórico deste trabalho; A Ética da Responsabilidade, de Hans Jonas - é inédito entre os profissionais de saúde. Atores Sociais deste estudo.

O impacto das bactérias-antibiótico-resistentes é um grave fenômeno de dimensão mundial. Como também o é a degradação do meio ambiente e, os demais riscos oriundos do avanço da tecnologia moderna. Por isso, nas últimas décadas, estudiosos têm sugerido outros princípios éticos para dar conta das ameaças causada pelo progresso tecnológico.

O princípio da responsabilidade, de Hans Jonas, relativo às ações que dizem respeito ao meio ambiente, à utilização de biotecnologia, à preservação da vida presente, a continuidade da vida das gerações futuras e dos demais seres extra-humanos, sustenta a nova ética, a ética da responsabilidade voltada ao futuro.

De acordo com Hsueh Po-Ren, et al. (2002), a emergência da resistência aos antimicrobianos é um problema mundial de saúde pública, particularmente com bactérias causadoras de infecção hospitalar. A resistência bacteriana resulta no aumento das taxas de morbidade, de mortalidade e nos custos do cuidado de saúde.

O uso indiscriminado de antibióticos e a pressão seletiva destas drogas, fomentando o surgimento crescente de amostras bacterianas resistentes aos antibióticos, exige, de todos os profissionais de saúde, uma nova postura ética. A ética da responsabilidade, de Hans Jonas.

Infecções hospitalares causadas por bactérias-antibiótico-resistentes têm provocado a morte de muitos pacientes hospitalizados e/ou têm dificultado o tratamento de algumas destas infecções pela ineficiência dos fármacos para combatê-las.

Segundo Teixeira et al. (2001), a importância dos enterococos como patógenos nosocomiais tem sido amplamente reconhecida nos últimos anos. Uma característica importante desse gênero é a resistência a antimicrobianos, o que tem gerado dificuldades no tratamento das infecções causadas por esses microorganismos.

Para Bourg (1996, p.200), Jonas ressalta em sua ética da responsabilidade que a fragilidade do mundo e o nosso poder modificam assim radicalmente a ordem da natureza das nossas obrigações morais. Tomamo-nos agora responsáveis pela própria existência das

gerações futuras e, em certa medida, da perturbação da natureza, condição de toda vida humana.

Ressalta Schramm (2000) que as coisas começam a mudar em nosso século, quando surge o poder da medicina científica, e quando surge também no mundo ocidental, a visão moderna do paciente autonomo, com seus desejos e direitos, não mais como mero objeto da prática médica,

Muitos estudos (ANDRASEVIC, 2002; ISENBARGER et al., 2002; MCGOWAN, JR. 2001; OKEKE, 1999; WEINSTEIN, 2001; HSUEH PO-REN et al., 2002) têm afirmado, veementemente, da necessidade urgente do uso racional ou prudente de antibióticos tanto no meio hospitalar como na comunidade - um aviso que objetiva dar um basta no desenfreado uso excessivo e indiscriminado de antibiótico no mundo todo.

Importa que os profissionais de saúde venham incorporar na sua práxis, além dos conhecimentos teóricos e práticos, o uso prudente de antibióticos e sobretudo, os princípios da ética da responsabilidade de Hans Jonas.

No Quadro 31, encontram-se os dados da subcategoria responsabilidade.

Quadro 31 - Você já leu ou ouviu falar da ética de responsabilidade de Hans Jonas?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Essa é a primeira vez. (5x)
 - Não, eu não conhecia. (6x)
 - Nunca ouvi falar (15x)
-

Análise e Discussão da questão número 32 - Se fosse oferecida uma oportunidade para participar de uma palestra sobre ética da responsabilidade de Hans Jonas, você gostaria de participar?

Neste quesito, os Atores Sociais (100%), foram unânimes ao responderem que participariam, com muito gosto, de uma palestra sobre Ética da Responsabilidade de Hans Jonas. Esta vontade expressa num SIM enfático vem demonstrar que estes profissionais de saúde estão abertos para novos conhecimentos, que querem se aproximar de novos aprendizados, é o agir com responsabilidade[...] Este querer conhecer destes profissionais de saúde pode estar resumido no seguinte pensamento de Jonas (1995, p.34), “em tais circunstâncias o *saber* se converte em um *dever urgente* que transcende tudo o que

anteriormente se exigiu dele. O saber deve ser de igual escala que a extensão casual de nossa ação”.

No Quadro 32, encontram-se as unidades de significados da subcategoria responsabilidade

Quadro 32 - Se fosse oferecida uma oportunidade para participar de uma palestra sobre ética da responsabilidade de Hans Jonas, você gostaria de participar?

Categoria Analítica: ética da Responsabilidade

Subcategoria: Responsabilidade

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (12x)
 - Sim, com certeza (2x)
 - Lógico que participaria (2x)
 - Gostaria (4x)
 - Claro que sim, com todo o gosto.
 - Perfeitamente
-

Análise e Discussão da questão número 33 - Será que seu valor de vida é o mesmo do início desta entrevista? Você irá se preocupar em agir pensando na preservação das gerações futuras?

Para Hans Jonas (1995, p.26), “o homem é o criador de sua vida como vida humana, somente as circunstâncias a sua vontade e necessidades e, exceto ante a morte, nunca se encontra inerte”.

À medida que a evolução tecnocientífica é introduzida no meio hospitalar, as práxis do profissional de saúde tomam-se modernas e mais específicas, contudo o poder instituído a eles é causa de preocupação. Conforme Jonas (1995, p. 17), “frente as ameaças da tecnologia moderna, importa preservar a permanente ambigüidade da liberdade do homem, que nenhuma mudança de circunstâncias pode jamais abolir, preservar a integridade de seu mundo e de sua essência frente aos abusos de seu poder”.

Considera-se esta visão um elo importante da ética da responsabilidade orientada ao futuro. Neste contexto, emerge na sociedade moderna a necessidade da percepção holística ou visão ecológica do viver no mundo.

O valor de vida, hoje, deve ser concebido de modo amplo, pois urge, como diz Capra (1996, p.24),

uma visão de mundo holístico, que concebe o mundo como um todo integrado e não como uma coleção de partes dissociadas. Pode também ser denominada visão ecológica. A percepção ecológica profunda reconhece a interdependência

fundamental de todos os fenômenos e o fato de que, enquanto indivíduos e sociedades, estão todos encaixados nos processos cíclicos da natureza.

Quer queiramos ou não, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia é um poder! Na verdade, muitos deles trazem inúmeros benefícios para a humanidade, contudo outros quando empregados de modo abusivo ou indiscriminadamente são nocivas ao meio ambiente, logo alteram a qualidade de vida de todos os seres vivos que habitam a terra.

Hoje, pensar na preservação das gerações contemporâneas e futuras passou a representar um fator imprescindível como valor de vida.

O reconhecimento de que é necessário possuir uma idéia ecológica inserida no valor de vida, e que a esta é importante englobar a preocupação e a responsabilidade como instrumentos éticos para a preservação das gerações futuras, foi o resultado da análise obtida de maioria absoluta das opiniões (94,44%) dos profissionais de saúde partícipes desta entrevista;

Sem dúvida, eu já pensava assim antes (Ator Social 10, 22).

Sim, continuar a agir da mesma maneira eu ajo (Ator Social 5).

Olha a minha preocupação aqui é com tudo o que está sendo dito é praticado na clinica. Então não precisamos nos preocupar em anotar, pois são medidas que tomamos diariamente e os funcionários também. Fico feliz de estarmos no caminho certo (Ator Social 1).

Sim. Essa entrevista tem um papel educativo, com certeza reforça alguns pontos que já existiam, esclarecem outros e ensina a agregar outros novos valores (Ator Social 11).

Sim, mas acho que alguma coisa a mais eu assimilei por causa dessa entrevista que eu não conhecia (Ator Social 24).

Sim, eu já ajo desta forma, mas essa entrevista suscitou mais (Ator Social 23).

Sim. Mas digo também que alguma coisa eu assimilei por causa dessa entrevista que eu não conhecia (Ator Social 2).

Sim, mas, acho que vou me preocupar um pouquinho mais (Ator Social 17).

Neste universo de profissionais de saúde entrevistados, ressalta-se que apenas o Ator Social 19, (5,26%), declarou que se preocupava mais com o paciente e que agora iria refletir e cuidar para que, também, as suas ações viessem colaborar para a preservação das gerações futuras;

Sim. Antes eu me preocupava com o paciente e não com geração futura, agora vou refletir (Ator Social 17).

Sim, fez pensar em outras coisas, como na preocupação com a preservação das gerações futuras (Ator Social 9).

Sim, com certeza pensando na preservação das gerações futuras (Ator Social 27).

Eu acho que em cada minuto da vida a gente sempre agrega alguma coisa, tu não sais o minuto seguinte sem ter mudado alguma coisa, e com todas as tua perguntas a gente acaba refletindo e tendo uma outra posição perante a vida, perante o trabalho diário, perante tudo o que é feito e assumido (Ator Social 29).

Enfatiza-se que as últimas “falas” conseguem expressar a essência do pensamento de Jonas, ulteriormente citado.

Assim considera-se que todos os Atores Sociais deste estudo demonstram possuir senso de responsabilidade agregado como valor de vida. Contudo, de hoje em diante, eles pretendem incorporar ao valor de vida, também, o cuidado em relação à preservação das gerações futuras.

Finalmente, à luz das opiniões externadas, evoca-se a seguinte opinião de Jonas (1995, p. 185): “a responsabilidade não é outra coisa que o complemento moral da natureza ontológica de nosso ser temporal”.

O Quadro 33 sintetiza estas respostas.

Quadro 33 - Será que seu valor de vida é o mesmo do início desta entrevista? Você irá se preocupar em agir pensando na preservação das gerações futuras?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim, com certeza pensando na preservação das gerações futuras.
- Sim, eu já pensava antes dessa entrevista.
- Sim, sem dúvida, eu já pensava antes.
- Sim. Essa entrevista tem um papel educativo, com certeza reforça alguns pontos que já existiam e esclarecem outros.
- Sim. Eu acho que em cada minuto da vida a gente sempre agrega alguma coisa, tu não sai do minuto seguinte sem ter mudado alguma coisa, e com todas as tua perguntas a gente acaba refletindo e tendo uma outra posição perante a vida, perante o trabalho diário, perante tudo o que é feito e assumido
- Sim, fez pensar em outras coisas, como o pensar/prática na preservação das gerações futuras
- Sim. Continuar a agir da mesma maneira, como eu já faço.
- Sim. Já tenho isso, mas essa entrevista suscitou mais[...]
- Sim. Eu já me preocupo com isso
- Sim, preocupação com geração futura
- Eu já penso assim
- Sim, a gente sempre fica pensando[...]
- Sim, mas acho também que alguma coisa a mais eu assimilei por causa dessa entrevista, que eu não conhecia.
- Sim. O Uia a minha preocupação aqui, é com tudo o que está sendo dito é praticado na clinica. Então não precisamos nos preocupar em mudar, pois são medidas que tomamos diariamente e os funcionários também .
- Sim. Acho que vou me preocupar um pouquinho mais[...]

» Sim. Antes eu me preocupava com o paciente e não com geração futura, agora vou refletir.

Análise e Discussão da questão número 34 - Você tem esperança que os profissionais de saúde que trabalham no Hospital Universitário venham se conscientizar do papel vital que cada um tem no combate às bactérias-antibiótico-resistentes?

Enfatiza-se que deste questionamento você tem esperança que os profissionais de saúde que, trabalham no Hospital Universitário, venham se conscientizar do papel vital que cada um tem no combate às bactérias-antibiótico-resistentes, emergiram alguns comentários distintos. Assim, entre os profissionais entrevistados, muitos (40%) responderam sinteticamente SIM.

Contido, a opinião expressada em um SIM, seguido de um comentário representou s demais (45%) “falas” dos Atores Sociais.

Evidencia-se que o Ator Social 16 respondeu: *Não tenho esperança!* e a “fala” do Ator Social 6 e 1 ficaram truncadas, logo não foram analisadas.

Os Atores Sociais deste estudo retratam seus sentimentos de esperança através da necessidade de educação, da luta da CCIH, da mentalidade aberta do pessoal do HU, entre outras mais. Estes comentários podem ser observados nos depoimentos seguintes;

Sim. Porque cada iitn tem , nesta vida um papel vital, e se tu estás fazendo o bem., o ideal é formar imia corrente (Ator Social 27).

Sim, quem sabe num futuro mais distante, com bastante treinamento (Ator Social 28).

O significado de esperança deste profissional de saúde em relação ao papel vital que cada imi tem no combate às bactérias-antibiótico-resistentes está condicionada a educação continuada, e bastante treinamento.

Eu espero que isso venha ocorrer, sim eu tenho esperança (Ator Social 10).

Eu acho que sim. Imagine senão eu não trabalhava mais no HU, com certeza (Ator Social 12).

A esperança é uma coisa que a gente nunca deve perder, ainda mais no Hospital Universitário, hospital próprio de ensino, centro de saber, então a esperança acho que nimca deve morrer (Ator Social 29).

Esta referência do fato destes profissionais de saúde trabalharem num Hospital Escola e citar esta condição como esperança, é um dado diferencial importante. Cabe à Administração Geral, às diferentes diretorias, às chefias e à CCIH do HU se conscientizar do **papel vital** que esta Instituição Hospitalar possui em relação aos profissionais de saúde, demais servidores, residentes, alunos e de modo especial com os pacientes que recorrem ao seu cuidado. O antibiótico faz parte do dia-a-dia hospitalar, discutir e atualizar e promover o uso prudente deste fármaco é imprescindível para um Hospital Universitário.

Nosso pessoal interno tem uma consciência, tanto que nosso índice de IH tem caído, a gente tem problema mas, tem conseguido controlar (Ator Social 2).

Se houver educação continuada, sim. Aqui no HU as pessoas tem mentalidade aberta e são receptivas (Ator Social 9).

Infectologista e Presidente da CCIH Do Hospital das Clínicas e da Unifesp/ Escola Paulista de Medicina, Servolo de Medeiros (2001, p.7) comentam, [...] “na verdade, nossa função é muito mais educativa e de orientação do que restritiva e são raras as situações em que se tem confi-onto maior com colega que está prescrevendo determinado antibiótico. Os médicos se sentem mais seguros e até nos procuram para essa informação. Esperamos que, com o tempo, as restrições até diminuam, em razão das informações prestadas durante a educação continuada”.

Segundo Cucurella (1998, p. 12), “uma atitude moral responsável obriga a um exercício reflexivo e crítico que ajude a estabelecer pontes na diversidade e a igualdade da situação presente a fim de que no futuro seja possível uma convivência mais equilibrada, uma existência pessoal de maior plenitude para todos”.

Entender os significados de esperança destes profissionais de saúde foi um momento bastante significativo para este estudo.

Abaixo o Quadro 34 com as falas sobre a subcategoria esperança.

Quadro 34 - Você tem esperança que os profissionais de saúde que, trabalham no Hospital Universitário, venham se conscientizar do papel vital que cada um tem no combate às bactérias-antibiótico-resistentes?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Esperança
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- **Sim (8x)**
 - Sim. Porque cada um tem, nesta vida um papel vital, e se tu estás fazendo um bem [...] o ideal é formar uma corrente.
 - Sim, eu tenho esperança.
 - Sim, quem sabe num futuro mais distante, com bastante treinamento.
 - **Eu acho que sim, senão eu não trabalhava mais no HU[...] com certeza!**
 - **Não tenho.**
 - Sim, tenho bastante esperança
 - Tenho sim
 - Sim, esperança tenho
 - Nem todos tem mas, eu tenho esperança que todos venham a ter[...].
 - Sim, nosso pessoal interno tem uma consciência, tanto que o nosso índice de infecção hospitalar tem caído, a gente tem problemas.. mas[...] temos conseguido controlar.
 - Sim. Acho que sim. Pelo menos essa é a nossa luta da Comissão de Infecção Hospitalar, que isso venha a acontecer um dia[...]
 - Sim, se houver educação continuada. Aqui no HU as pessoas tem mentalidade aberta e são receptivas.
 - Tenho a ESPERANÇA que a formação destes profissionais na universidade vai fazer com que esses profissionais sejam alertados e cheguem no hospital consciente de que isso eles tem que fazer e ensinar também
 - Tenho a ESPERANÇA, quem sabe num futuro mais distante ainda, com bastante treinamento
 - A esperança é uma das coisas que a gente nunca deve perder, ainda mais trabalhando no Hospital Universitário, hospital próprio de ensino, centro do saber. Assim a esperança acho que nunca deve morrer!
-

Análise e Discussão da questão número 35 - Você tem ESPERANÇA que os profissionais de saúde que trabalham no Hospital Universitário, alertados do perigo do uso indiscriminado de antibióticos e da resistência bacteriana, venham a adotar medidas mais criteriosas para o uso de antibióticos?

A esperança é um sentimento que se destaca fortemente entre os Atores Sociais. A maioria (71,42%) respondeu que têm esperança de que os profissionais de saúde venham adotar medidas mais rigorosa para o uso de antibióticos. Todavia, alguns (14,28%) dizem que têm esperança e expressam este sentimento da seguinte forma:

A gente tem se esforçado para isso, eu tenho esperança. Entra iima turma, saí outra, a gente vai fazendo este trabalho de educação continuada. Alguma coisa boa sobra. Esperança eu tenho. A gente tem visto ao longo dos anos as coisas se modificarem, eles adotam novas condutas, tem resistência no começo, mas depois lerem muitos artigos científicos, vendo a parte científica eles acabam mudando (Ator Social 29).

Alguns Atores Sociais (14,28%) abordam o assunto de outra maneira como:

Nosso pessoal interno tem uma consciência, tanto que o nosso índice de IH tem caído[...] a gente tem problema mas tem conseguido controlar (Ator Social 18).

De acordo com Cucurella (1998), a reflexão moral não tem outro impulso nem objetivo que a plenitude da vida humana.

A esperança contida nas respostas destes profissionais de saúde sintetiza-se na esperança que aposta, como meio de busca do controle de IH, a educação continuada. Espera-se que esta esperança, aludida pelos profissionais de saúde, possa neles também, despertar a vontade de adotar nas suas práticas o uso prudente de antibióticos, assegurando, assim, uma melhor qualidade de vida para os pacientes do HU.

Pois como ressalta Jonas (1995), “a esperança é a condição de toda ação, pois pressupõe a possibilidade de fazer algo e aposta por fazê-lo neste caso”.

A esperança, expressada pelos Atores Sociais, assemelha-se aquela apregoada por Jonas, pois desvela a possibilidade de transformar “o fazer algo” em prol do CIH.

O Quadro 35 apresenta os dados da subcategoria esperança.

Quadro 35 - Você tem ESPERANÇA que os profissionais de saúde que trabalham no Hospital Universitário, alertados do perigo do uso indiscriminado de antibióticos e da resistência bacteriana, venham a adotar medidas mais criteriosas para o uso de antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Esperança
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (5x)
 - Tenho
 - Esperança tenho
 - Nem todos tem[...] mas eu tenho esperança que todos venham a Ter[...]
 - Nosso pessoal interno tem uma consciência , tanto que o nosso índice de infecção hospitalar tem caído, a gente tem problema mas tem conseguido controlar.
 - Sim, com certeza.
 - Perfeitamente.
 - A gente tem se esforçado para isso, eu tenho esperança. Entra uma turma , de residentes, entra outra e a gente vai fazendo este trabalho de educação continuada. Alguma coisa boa sempre se aprende.
 - Esperança eu tenho. A gente tem visto ao longo dos últimos anos as coisas se modificarem, os profissionais adotam novas condutas[...] no começo eles até demonstravam resistência mas, depois de lerem muitos artigos científicos, ou fazendo estudos em equipes de trabalho., eles acabam mudando de comportamento.
-

Análise e Discussão da questão número 36 - Você acha possível ocorrer mudança de atitude, entre os profissionais de saúde, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos?

Para Illich (1974), as ameaças provenientes da tecnologia moderna, como a crise ecológica, podem transformar-se em catástrofe de dimensão apocalípticas. Mas pode ser também uma chance única para definir um uso convival dos instrumentos tecnológicos a serviço da preservação do planeta, do bem-estar da humanidade e da cooperação entre seres humanos e povos.

Entre os Atores Sociais entrevistados, a maioria (73,68%) declara que SIM e acha possível ocorrer mudança de atitude, como se adotar medidas mais criteriosas em relação ao uso de antibiótico no meio hospitalar. Outros (21,05%) consideram possível ocorrer mudança de atitude e complementam suas opiniões dizendo;

Sim, eu tenho esperança (Ator Social 27).

Eu acho possível, mas não provável. (Ator Social 16).

É possível, mas não adianta a gente ter no papel, se o profissional não tiver consciência (Ator Social 18).

Uma minoria também admite que esta mudança de atitude é difícil, entretanto, salienta;

Acho que às vezes é difícil dependendo das pessoas, há sempre resistência, mais aos poucos elas mudam (Ator Social 17).

A mudança de atitude, como, por exemplo, os profissionais de saúde do HU virem adotar medidas mais criteriosas em relação ao uso de antibiótico no meio hospitalar é algo que deve ser incorporado na prática cotidiana deles de modo consciente, constante e persistente, objetivando o bem-estar do paciente e cooperando com a redução de aparecimento de novas cepas resistentes.

O Quadro 36, a seguir, mostra as unidades de significados desta subcategoria.

Quadro 36 - Você acha possível ocorrer mudança de atitude, entre os profissionais de saúde, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da responsabilidade
Subcategoria: Uso indiscriminado de antibióticos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Eu tenho esperança
 - **Sim(1x)**
 - É possível.
 - Acho possível, mas não provável.
 - é possível, mas não adianta a gente ter no papel se o profissional não tiver consciência
 - Tranqüilamente.
 - acho que as vezes é difícil dependendo das pessoas há sempre resistências , mais aos poucos elas mudam..
-

Análise e Discussão da questão número 37 - Atualmente, cientistas do mundo inteiro propõem urgentemente um pacto visando à criação de uma Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos. Qual o seu parecer sobre esta ALIANÇA. É Utopia ou uma realidade a ser trabalhada?

O uso indiscriminado de antibióticos aumenta o risco de seleção e disseminação de bactérias resistentes em todo o mundo. Algumas estratégias têm sido propostas para combater e controlar o uso indiscriminado de antibióticos pelos clínicos infectologistas. Sistemas de monitoramento de antibióticos, protocolos para tratamentos com antibióticos, freqüentemente, reduzem as taxas de prescrições de antibióticos (OKEKE, et al. 1999).

Para Tenor (2000), as estratégias de controle devem incluir diretrizes para o *uso prudente* de antibióticos.

Ressalta-se inicialmente que a maioria (61,90%) dos profissionais de saúde, destaque deste estudo, consideram a criação de uma Aliança Para o Uso Prudente de Antibióticos uma realidade a ser trabalhada (Atores Sociais 17, 15, 19, 22, 24, 2, 18, 26, 8, 5, 10, 28,27).

Para outros Atores Sociais (38,90%), esta pergunta suscitou uma diversidade de respostas, algumas são descritas abaixo:

Um pouco utópico, a gente tem que viver com saúde e com seu dinheiro, a gente trabalha num hospital público, a gente não visa o lucro, agora eu não sei nos hospitais privados, por que tudo isso tem um custo, tem que haver uma cobrança, essa realidade tem que ser trabalhada porque têm hospitais aí que não sabem nem o que é infecção hospitalar (Ator Social 18).

Eu acho que Não é utopia. Eu tenho lido todos esses simpósios da OMS, tudo isso aí. E para mim ajuda muito, agora a maioria das pessoas não tem acesso a isso aí. Eu acho que esse é o problema. Mas, eu acredito que esta ALIANÇA deve ser feita mesmo (Ator Social 12).

Eu acho que esta ALIANÇA deve ser feita mesmo, porque é entre países mais desenvolvidos e até países menos desenvolvidos. E os países menos desenvolvidos se sabe hoje em dia que eles usam muito mais antibióticos do que os desenvolvidos. Então no momento em que se fizer esta aliança entre os vários hospitais, entre os vários estados e até países, esta resistência pode baixar e o antibiótico pode ser usado de maneira mais racional (Ator Social 29).

É necessidade em vista da dimensão do problema (Ator Social 11).

Um pouco utópico, a gente tem que viver com saúde e com seu dinheiro, a gente trabalha num hospital público, a gente não visa o lucro, agora eu não sei nos hospitais privados, por que tudo isso tem um custo, tem que haver uma cobrança, essa realidade tem que ser trabalhada porque têm hospitais aí que não sabem nem o que é infecção hospitalar (Ator Social 18).

Eu acho que é uma realidade a ser trabalhada, essa conscientização deve acontecer mesmo. Não é uma utopia não, é o pensar/ futuro, que não poderá conviver mais com a resistência nestas proporções de hoje (Ator Social 2).

Eu acho que sempre tem se procurado trabalhar neste sentido. Agora que é difícil conseguir é. Pois cada cabeça pensa de uma maneira diferente. Mas, se não houver trabalho em torno disso, não se vai chegar nunca a uma conclusão[...] é interessante que seja feito essa ALIANÇA. É uma tarefa difícil, pois cada um pensa que a sua maneira de trabalhar é que é a certa[...] (Ator Social 1).

Entretanto enfatiza-se que, dentre outros (19,04%) dos Atores Sociais apontam; *ser uma utopia no que diz respeito a indústria farmacêutica*. Uma nova “fala” que emerge no contexto desta entrevista. Uma força (a indústria farmacêutica) de grande influência dentro da área médica. Em destaque, os seguintes depoimentos:

Vindo só de cientistas não vai resolver, acho que é um problema econômico, e cientista não tem mais dinheiro para pesquisar, ainda mais mexer com indústria farmacêutica (Ator Social 16).

Acho que tudo é utopia até ser colocado em prática, então se não fizer é utopia, mas não é uma tarefa fácil porque não é só uma classe envolvida, há também o interesse de quem vende, a indústria farmacêutica (Ator Social 16).

Em relação aos profissionais acho possível, agora no que diz respeito à indústria farmacêutica acho utopia, a não ser que fossem produzidos aqui no HU não se preocupando com o lucro aí sim (Ator Social 14).

Estas opiniões vêm ao encontro do alerta apregoado por Okeke et al (1999), os representantes da indústria farmacêutica superam em número o de médicos e geralmente têm influência nos seus hábitos de prescrição, como refletido por vendas de medicamentos não essenciais e da combinação destes.

A seguir, observam-se, no Quadro 37, as unidades de significados sobre a Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos.

Quadro 37 - Atualmente cientistas do mundo inteiro propõem urgentemente um pacto visando à criação de uma ALIANÇA PARA O USO PRUDENTE DE ANTIBIÓTICOS. Qual o seu parecer sobre esta ALIANÇA. É Utopia ou uma realidade a ser trabalhada?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Uso prudente de antibióticos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Uma realidade a ser trabalhada (10x)
 - Uma realidade a ser trabalhada e muito bem trabalhada
 - Vindo só de cientistas não vai resolver, acho que é um problema econômico, [...] e cientista não tem mais dinheiro para pesquisar, [...] ainda mais mexer com indústria farmacêutica [...].
 - Não é utopia. Eu tenho lido todos esses simpósios da OMS, tudo isso aí. E para mim ajuda muito, agora a maioria das pessoas não tem acesso a isso aí. Eu acho que esse é o problema. Não sei se tu leu o simpósio da OMS sobre resistência bacteriana. Tu fica apaixonada por aquilo ali, lógico, precisa gostar do assunto.
-

-
- Eu acho que esta ALIANÇA deve ser feita mesmo, porque é entre países mais desenvolvidos e até países menos desenvolvidos. E os países menos desenvolvidos se sabe hoje em dia que eles usam muito mais antibióticos do que os desenvolvidos. Então no momento em que se fizer esta aliança entre os vários hospitais, entre os vários estados e até países, esta resistência pode baixar e o antibiótico pode ser usado de maneira mais racional.
 - É a necessidade em vista da dimensão do problema.
 - Acho que tudo é utopia até ser colocado em prática[...] então, se não fizer essa ALIANÇA é utopia, [...] .mas não é uma tarefa fácil, porque não é só uma classe envolvida , há também o interesse de quem vende, a indústria farmacêutica .
- » Acho provável.
- Em relação aos profissionais acho possível. Agora no que diz respeito à indústria farmacêutica acho utopia, a não ser que os antibióticos fossem produzidos aqui no HU não se preocupando com o lucro, aí sim.
 - *Um pouco utópico. A gente tem que viver com saúde e com seu dinheiro, a gente trabalha num hospital público, a gente não visa o lucro, agora eu não sei nos hospitais privados, por que tudo isso tem um custo, tem que haver uma cobrança, essa realidade tem que ser trabalhada porque têm hospitais aí que não sabem nem o que é infecção hospitalar*
 - Eu acho que deve ser uma realidade a ser trabalhada, isso, essa conscientização deve acontecer mesmo. Não é uma utopia não, é o pensar / futuro, que não pode ter convivência mais com a resistência nestas proporções de hoje..
 - Eu acho que sempre tem se procurado trabalhar neste sentido. Agora que é difícil conseguir é. Pois cada cabeça pensa de uma maneira diferente. MAS, se não houver trabalho em tomo disso, não se vai chegar nunca a uma conclusão[...] é interessante que seja feito essa ALIANÇA. É uma tarefa difícil, pois cada um pensa que a sua maneira de trabalhar é que é a certa[...].
 - pevo comentar que ALIANÇA PARA O USO PRUDENTE DE ANTIBIÓTICOS seria um chamamento da consciência humana para o melhor emprego do uso de antibióticos[...] o Controle de infecção hospitalar / resistência bacterianas)
-

Análise e Discussão da questão número 38-0 seu conceito de natureza bate com o de Jonas?

Pois, Para Hans Jonas, o ponto de partida da ética da responsabilidade é uma revisão do conceito sobre natureza, para esse filósofo, o conceito de natureza adotado antigamente está totalmente defasado. Este mudou radicalmente com a aparição da ciência moderna e das técnicas que delas se derivam. Agora, o homem constitui de fato uma ameaça para a constituição da vida na terra. Não somente pode acabar com a sua existência, como também pode alterar a essência do homem e desfigurá-la mediante diversas manipulações. Tudo isso representa uma mutação tal no campo de ação humana que nenhuma ética anterior se encontra na altura dos desafios do presente, por isso, é necessária uma nova ética: uma ética orientada ao futuro, que pode ser chamada com toda a propriedade, Ética da responsabilidade.

Nesta questão, os profissionais de saúde entrevistados concordaram por unanimidade (100%) que os seus conceitos de natureza batem perfeitamente com aquele preconizado por Hans Jonas.

Destaca-se que o Ator Social 18, além de responder, “sim concordo”, também faz o seguinte comentário;

Sim, concordo, o homem é um ser racional, as bactérias agem pelo seu instinto, então, o homem tem a capacidade de destniir como tem a capacidade de cura.

Esta idéia verbalizada está relacionada com o significado; “agora o homem constitui de fato uma ameaça para a constituição da vida na terra” que Jonas (1995, p.8) enfatiza no seu conceito de natureza.

As unidades de significados sobre a subcategoria responsabilidade, a respeito da natureza, estão no quadro 38.

Quadro 38 - 0 seu conceito de natureza bate com o de Jonas?

Categoria Analítica: Ética da responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados; Falas dos Atores Sociais

- Eu acho que p meu está bom.
 - Sim, concordo (11)
 - Concordo, Totalmente.
 - Concordo 100% com ele.
 - Concordo sim.
 - Concordo com ele.
 - Sim concordo. O homem é um ser racional, as bactérias agem pelo seu instinto, então o homem tem a capacidade de destruir como tem a capacidade de curar,..
 - » É interessante, concordo sim, perfeitamente..
-

Análise e Discussão da questão número 39 -Para Hans Jonas, o ponto de partida da ética da responsabilidade é uma revisão do conceito sobre natureza. Para esse filósofo, o conceito de natureza adotado antigamente está totalmente defasado. Este mudou radicalmente com a aparição da ciência moderna e das técnicas que delas se derivam. Agora, o homem constitui de fato uma ameaça para a constituição da vida na terra. Não somente pode acabar com a sua existência, como também pode alterar a essência do homem e desfigurá-la mediante diversas manipulações. Tudo isso representa uma mutação tal no campo de ação humana que nenhuma ética anterior se encontra na altura dos desafios do presente. Por isso, é necessária uma nova ética: uma ética orientada ao futuro que pode ser chamada, com toda a propriedade, Ética da responsabilidade. Conforme a seguinte afirmação “o uso indiscriminado de antibióticos e a pressão deste na seleção de bactérias resistentes seja na infecção hospitalar ou comunitária ameaça por em risco não só a vida presente dos seres humanos, mas, também, a vida de gerações futuras”. ***Você acredita que este problema irá causar impacto equivalente ao que diz Hans Jonas “agora o homem constitui de fato uma ameaça para a vida na terra?”***

Frente a esta reflexão, todos os Atores Sociais responderam SIM, isto é, eles acreditam que o uso indiscriminado de antibióticos e a pressão deste na seleção de bactérias resistentes, seja na infecção hospitalar ou comunitária, ameaça por em risco não só a vida presente dos seres humanos, mas também a vida de gerações futuras. Logo, eles demonstram estarem preocupados com a magnitude do problema da resistência bacteriana e vêem nele uma ameaça

para a vida na terra. É um entender consciente que pode desencadear o início de mudança de comportamento entre os profissionais de saúde.

Então, o assunto é assim percebido:

Sim, por que o homem não conhecia antibióticos a peste bubônica na Europa matou 25 milhões. Hoje, ele conhece este fármaco, e o uso indiscriminado de antibióticos está fazendo com que estas bactérias estejam adquirindo resistência, é uma ameaça[...] não só para a vida presente dos seres humanos, mas também a vida de gerações futuras (Ator Social 18).

Sim, temos que adotar a ética de responsabilidade, para frear essas atitudes de uso indiscriminado de antibióticos (Ator Social 2).

Sim mas, para evitar a resistência bacteriana está faltando a ética de responsabilidade (Ator Social 24).

Sim. Porém, se os cuidados não forem tomados nós vamos chegar ao caos , não tenha dúvida (Ator Social 1).

Concorda-se com Zancanaro (2001, p.311) “que refletir questões éticas, ensinar uma ética de preservação e da renúncia, é argumentar, tratar de aspectos objetivos de nosso viver e da relação com o futuro do planeta”.

As opiniões dos profissionais de saúde partícipe desta entrevista mostram que eles possuem reflexão crítica sobre o assunto em pauta.

De acordo com Servolo de Medeiros (2001), coordenador da CCIH da Unifesp/Escola Paulista de Medicina, infelizmente, a formação de clínicos e colegas de diversas especialidades, no uso de antibióticos, é muito deficiente. Este é um grande problema. Estudos mostram que cerca de 50% a 60% dos medicamentos utilizados em ambiente hospitalar são antibióticos,

Estes profissionais de saúde, ao refletirem sobre esta questão do desequilíbrio ecológico das bactérias resistentes causados pelo uso indiscriminado de antibióticos, colocaram em xeque as ações inadequadas aplicadas na prática hospitalar e perceberam o quanto é importante se adotar a ética de responsabilidade de Hans Jonas no HU.

No Quadro 39, a seguir, observam-se as unidades de significados da subcategoria responsabilidade.

Quadro 39 - Você acredita que este problema irá causar impacto equivalente ao que diz Hans Jonas: “agora o homem constitui de fato uma ameaça para a vida na terra?”

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

-
- há várias ameaças uma delas é essa
 - Com certeza
 - Acho que é possível
 - Não só por isso mas outras coisas também.
 - Por que o homem não conhecia antibióticos, nem a peste bubônica da Europa que matou 25 milhões, a gora ele conhece, e o uso indiscriminado ta fazendo com que estas bactérias vão adquirindo resistência, é uma ameaça..
 - Exatamente, porque daí como ele vai controlar, porque no fim não vai ter mais resistência, não vai ter mais sensibilidade, porque não tem como, vai aumentando vai aumentando é imia bola de neve, cada vez mais vai aumentar mais. Então teria que ter adotado a ética de responsabilidade.
 - Sim teria que ter sido adotado para frear essas atitudes de uso indiscriminado de antibiótico.
 - Sim para evitar a resistência bacteriana está faltando a ética de responsabilidade.
-
- » Se os cuidados não forem tomados nós vamos chegar ao caos , não tenha dúvida.
-

Análise e Discussão da questão número 40 - Na qualidade de profissional da saúde e em relação à resistência bacteriana, você considera importante se adotar uma nova postura ética, uma ética orientada ao futuro como a ética da responsabilidade de Hans Jonas?

Unanimemente, os Atores Sociais desta pesquisa, afirmam considerar importante se adotar na prática assistencial do HU, uma ética voltada para o futuro, como a ética da responsabilidade, proposta por Hans Jonas.

Garrafa (2001), ao comentar sobre a ética da responsabilidade de Hans Jonas, em relação aos transgênicos, disse: “neste final de século, com tamanho desenvolvimento científico e tecnológico, o ser humano está aberto à responsabilidade e ao risco, é chamado a dar-se conta de si e de sua descendência, a mostrar respeito pela totalidade do mundo natural e a se tomar, por tudo isso - não no idealismo da consciência, mas na escolha do agir - guardião do próprio ser.

Cada profissional de saúde que participa deste estudo, especialmente quem respondeu Sim a esta pergunta, toma-se a partir deste momento “guardião do próprio ser” e o responsável para difundir no HU o uso prudente de antibióticos visando ao controle da resistência bacteriana.

Para Morin (2000, P. 17),

a ética não poderia ser ensinada por meio de lições de moral. Deve formar-se nas mentes com base na consciência de que o humano é, ao mesmo tempo, indivíduo, parte da sociedade, parte da espécie. Carregamos em nós esta tripla realidade. Desse modo, todo desenvolvimento verdadeiramente humano deve compreender o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e da consciência de pertencer à espécie humana.

No Quadro 40, evidenciam-se as unidades de significados da subcategoria responsabilidade.

Quadro 40 - Na qualidade de profissional da saúde e em relação à resistência bacteriana, você considera importante se adotar uma nova postura ética, uma ética orientada para o futuro como a ética da responsabilidade de Hans Jonas?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (12x)
 - Sem dúvida.
 - Com certeza, com certeza
 - Sim todo o pessoal tem que adotar isso tranquilamente, incorporar até na vida, no dia a dia.
 - Concordo
 - Acredito, acho que é muito importante a ética da responsabilidade
 - Acho
 - É necessário.
 - Sim é a ética da consciência
 - Exatamente, nós temos que pensar sempre no futuro, o presente é que vai fazer o futuro.
-

Análise e Discussão da questão número 41 - Você sente algum temor caso os profissionais de saúde não mudem as suas atitudes e comportamentos em relação ao uso indiscriminado de antibiótico?

Este tópico indicou que os Atores Sociais possuem **Temor** a respeito do uso indiscriminado de antibióticos;

Tenho temor, medo mesmo, que eu acho que vai colocar em risco a vida das pessoas. Não vai ter drogas porque a velocidade de produção de drogas não é tão grande quanto ao desenvolvimento de resistência pelas bactérias em relação aos antibiótico (Ator Social 12).

Temor de que daqui a pouco não tenha mais meios de tratar a infecção e que aumente demais a mortalidade por infecção e que antigamente podia ser tratada com coisas simples até e hoje em dia nem o mais potente antibiótico de tratar (Ator Social 29).

Sim, o problema é ter bactérias cada vez mais resistentes e isso é muito sério, e também depois ter que ficar dando 2-3 antibióticos, isso é terrível em termos de gastos e efeitos colaterais para o paciente (Ator Social 9).

Não sei direito o que pode acontecer, vai ter problema ecológico de relação vai ficando tão ruim a vida que vai diminuir a vida, é capaz de ter imi equilíbrio pode ser não sei não sei se vai deixar de existir a vida humana (Ator Social 16).

Tenho temor do fim da raça humana (Ator Social 8).

Temo pela vida das pessoas, a natureza (Ator Social 23).

Sim, o homem está matando o futuro (Ator Social 6).

Sim, temor de não ter mais como reverter (Ator Social 14).

Talvez eu não sinta temor, mas é lamentável que imi profissional que estuda anos e anos não mudar suas atitudes, continuar com os mesmos vícios (Ator Social 18).

Sim, não tenho só temor, eu tenho pavor, porque imagino como vai se lidar com isso, com essa resistência bactéria vai tomar conta. Bactérias que antes eram sensíveis que não faziam nada, como o estafilococos coagulase negativo, hoje já estão lá em cima com resistência, bactérias que antes eram sensíveis a tudo hoje estão causando resistência em tudo (Ator Social 2).

Sim se eles continuarem a prescrever antimicrobianos indiscriminadamente vai aumentar a resistência bacteriana aumentando a mortalidade (Ator Social 24).

Os profissionais são obrigados a mudar de atitude (Ator Social 1).

Daí eu acho que a gente vai cair na questão do futuro (Ator Social 17).

Zancanaro (2000, p.311), ao estudar os significados da ética de responsabilidade de Hans Jonas, comenta que “a ética assume uma tarefa reflexiva em relação à tecnologia. Um apelo para o uso responsável desse poder onipotente, um alerta aos que detêm o poder científico e político, em relação ao fato de estarmos diante de um planeta frágil e vulnerável”. É neste sentido que profissionais de saúde retratam o seu temor caso não ocorra limites e fí^eios no uso indiscriminado de antibióticos no HU.

No Quadro 41, observam-se as unidades de significados sobre a subcategoria Temor.

Quadro 41 - Você sente algum temor caso os profissionais de saúde não mudem as suas atitudes e comportamentos em relação ao uso indiscriminado de antibiótico?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Temor
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Com certeza
 - Sim (6x)
 - Tenho Temor, Medo mesmo, que este problema mundial vai colocar em risco a vida das pessoas. Não vai ter drogas porque a velocidade de produção de drogas não é tão grande quanto ao desenvolvimento de resistência pelas bactérias em relação aos antibióticos
 - Temor de que daqui a pouco não tenha mais meios de tratar a infecção hospitalar e que aumente demais a mortalidade por infecção
 - Sim, o problema é ter bactérias cada vez mais resistentes e isso é muito sério, e também depois ter que ficar dando 2-3 antibióticos, isso é terrível em termos de gastos e efeitos colaterais para o paciente.
 - Não sei direito o que pode acontecer. Vai ter problema ecológico[...] pode haver um desequilíbrio homem / bactérias., pode ser não, sei não, se vai deixar de existir a vida humana(...)
 - Tenho Temor do fim da raça humana
 - Temo pela vida das pessoas, a natureza
 - Sim, o homem está matando o futuro
 - Sim, Temor de não ter mais como reverter este problema
 - Talvez eu não sinta Temor, mas é lamentável que imi profissional que estuda anos e anos não mudar suas atitudes, continuar com os mesmos vícios.
 - Sim, não tenho só Temor, eu tenho pavor, porque imagino como vai se lidar com isso, com essa resistência bacteriana tomando conta. Bactérias que antes eram sensíveis, hoje são multiresistentes.
 - Sim tenho Temor, se eles continuarem a prescrever antimicrobianos indiscriminadamente vai aumentar a resistência bacteriana, conseqüentemente aumentando a mortandade.
 - Os profissionais são obrigados a mudar de atitude.
 - Temor sim. Dai eu acho que a gente vai cair na questão do futuro[...]
-

Análise e Discussão da questão número 42 - Há esperança de uma postura mais responsável dos profissionais de saúde em relação ao uso excessivo dos antibióticos?

Nesta questão, o significado de esperança foi diversas vezes reforçado. Dos Atores Sociais entrevistados a maioria (70,58%) respondeu simplesmente SIM. Outros (17,64%) responderam um Sim comentado:

Sim, a esperança sempre existe (Ator Social 3).

Sim, a esperança sempre existe, pode não conscientizar 100% do pessoal, mas a maioria eu acho que vai poder alcançar isso (Ator Social 29).

Sim, acho que nesse ambiente hospitalar isso é trazido “ a esperança”(Ator Social 11).

Há esperança (Ator Social 10).

Acho que existe sim (Ator Social 23),

Perfeitamente. Hoje em dia está se esclarecendo muito mais (Ator Social 1).

Entretanto, destaca-se entre alguns (11,76%) Atores Sociais, houve quem respondesse somente NÃO, e aqueles outros que se expressaram desta maneira:

Eu acho que ainda não existe, porque senão, não estaria esta situação. Eu acho que a gente tem que trabalhar para isso aí (Ator Social 12).

A maioria (88.22%) dos entrevistados, afirmam ter esperança de uma postura mais responsável dos profissionais de saúde em relação ao uso excessivo de antibióticos.

O significado desta esperança pode ser a vontade de ver as ações aplicadas hoje na prática hospitalar, especialmente as relacionadas ao uso indiscriminado de antibióticos, serem modificadas para minimizar a resistência bacteriana e, conseqüentemente, oferecer melhor qualidade de tratamento aos pacientes do HU.

A esperança é acreditar em dias melhores. Dias em que a postura de responsabilidade de cada um venha a se somar com as responsabilidades de todos os profissionais que trabalham noHU.

Comenta Hans Jonas (1995, p.357),

dizemos que xms caminham para chegar a algum lugar. Para ele o 'para' designa o fim. E o 'para' indica, além do fim, também um controle por parte do sujeito, que denominamos *vontade*. Para os homens, provavelmente capacitados, isto pode ser algo mais que esperança, pode ser segurança que confia em si mesmo.

Assim, a esperança dos Atores Sociais desvela confiança em si mesmos e, sobretudo esperança de uma nova postura de responsabilidade. Que bom seria se esta esperança se estendesse também, aos demais profissionais de saúde.

Este é o significado entendido nas "falas" dos Atores Sociais que compõe este estudo.

No Quadro 42, podem-se observar as unidades de significados sobre esperança.

Quadro 42 - Há esperança de uma postura mais responsável dos profissionais de saúde em relação ao uso excessivo dos antibióticos?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Esperança
Unidades de Significados; Falas dos Atores Sociais

- Esperança sempre existe (3x)
 - Eu acho que ainda não existe, porque se não, não estaria esta situação. Eu acho que a gente tem que trabalhar para isso aí.
 - A esperança sempre existe ,pode não conscientizar 100% do pessoal, mas a grande maioria eu acho que vai poder alcançar isso.
 - Sim, acho que nesse ambiente hospitalar há esta esperança
 - Não
 - Sim |5x)
 - Acho que existe sim
 - Há
 - Acho que sim - Eu acho sim
 - Perfeitamente. Hoje em dia está se esclarecendo muito mais..
-

Análise e Discussão da questão número 43 - 0 Hospital Universitário está se preparando para fomentar junto aos profissionais de saúde uma Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos?

Em relação a este questionamento, alguns (30%) dos atores Sociais expressaram sua opinião através de um sumário SIM. Outros (35%) declararam também SIM, mas acrescido de algum comentário, como se pode constatar nos depoimentos a seguir;

Eu acho que sim, o hospital está bem preparado, está apto para isso (Ator Social 29).

Sim, as coisas aqui no HU elas funcionam (Ator Social 9).

Eu acho que sim, a Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) ela frisa muito isso e combate muito (Ator Social 2).

Rim através da Comissão de Controle Hospitalar (CCIH) que faz uma orientação dos profissionais que prescrevem (Ator Social 24).

Sim, através de reuniões com CCIH a gente faz isso (Ator Social 18).

Eu acho que falta um pouquinho mais de força, por parte CCIH. Eu acho que as visitas de membros da CCIH, que tinham antes nas unidades ajudavam bastante (Ator Social 27).

Perfeitamente. Hoje em dia está se esclarecendo muito mais (Ator Social 1).

Creio que sim, mas pode melhorar (Ator Social 15).

Outros 20% manifestam NÃO, tipo: *não tenho informação* (Ator Social 10); *Não sei* (Ator Social 23); *Que eu saiba não* (Ator Social 19).

Também foi constatado que alguns Atores Sociais (15%) responderam de forma indireta, onde se aponta a existência de política de controle para uso de antibiótico, porém destaca que “aliança” para o uso prudente deste fármaco não existe ainda no HU.

Aqui no HU, nós temos uma política de controle de antibióticos, agora talvez esse termo “aliança para o uso prudente de antibióticos, talvez a gente possa fazer essa aliança com tantas outras profissionais, até com vocês professores da UFSC. Talvez “Aliança” a gente não tenha (Ator Social 12).

Com base nestes dados observa-se que alguns Atores Sociais acreditam no trabalho competente da CCIH, pois expressam que esta Comissão desempenha muito bem o seu papel de controle e prevenção da Infecção Hospitalar, e que a mesma também se preocupa em fazer a orientação do controle de antibióticos junto aos profissionais de saúde. Contudo, alguns Atores Sociais chamam a atenção para que a CCIH venha visitar com mais assiduidade às unidades e outros consideram que o HU está preparado para fomentar entre os profissionais de saúde uma Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos.

Esta consciência do importante papel da CCIH, no HU, detectada pelos Atores Sociais entrevistados, vem confirmar o que declara Grinbaum (2000, p.66):

Uma das funções mais valorizadas das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é a promoção do uso racional de antimicrobianos, O principal objetivo deste programa é ecológico, que consiste na atuação sobre a microbiota resistente. Seus objetivos secundários são a promoção da qualidade de prescrição de antimicrobianos e a racionalização de gastos.

As opiniões dos Atores Sociais vêm reforçar o que já foi dito no início deste trabalho, que o Hospital Universitário/ UFSC é o primeiro lugar em atendimento, entre os usuários de Sistema Único de Saúde de Santa Catarina. O mesmo também é considerado o Hospital Amigo da Criança (do UNICEF) e recebeu, o troféu Galba de Araújo, do Ministério da Saúde e o Top de Marketing 2000, da ADVB/SC.

As “falas” apreendidas neste tópico da entrevista permitem diagnosticar que o HU, segundo os Atores Sociais, está preparado para adotar a “Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos”.

A seguir no Quadro 43 estão indicadas as falas dos sujeitos na subcategoria uso prudente de antibióticos.

Quadro 43-0 Hospital Universitário está se preparando para fomentar junto aos profissionais de saúde uma Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos?

Categoria Analítica: Conhecimento prático
Subcategoria: Uso prudente de antibióticos?
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (6x)
 - Não (4x)
 - Eu acho que falta um pouquinho mais de força, por parte CCIH, eu acho que as visitas que tinham antes eu acho que isso ajudaria bastante
 - Não tenho essa informação.
 - Nós temos assim uma política de controle, agora talvez esse termo “aliança para uso prudente”, talvez a gente possa fazer essa aliança com outras pessoas, até com vocês, eu acho. Talvez a “aliança” ainda a gente não tenha
 - Eu acho que sim, o hospital está bem preparado, está apto para isso
 - Sim, as coisas aqui no HU elas funcionam
 - Eu sei que tem uma justificativa, mas a gente nunca vê negada essa justificativa, vejo que eles deixam a utilização de antibióticos, nunca vi uma negativa dessa justificativa
 - Acho que tem condições.
 - Sim através de reuniões a gente faz isso
 - Eu acho que sim, a comissão de infecção hospitalar ela frisa muito isso e combate muito
 - Sim através da comissão de controle hospitalar que faz uma orientação dos profissionais que prescrevem
 - Perfeitamente. Hoje em dia está se esclarecendo muito mais
 - Creio que sim mas pode melhorar
 - **Que eu saiba não**
-

Análise e Discussão da questão número 44 - Supondo que o Hospital Universitário não esteja preparado para difundir junto aos profissionais de saúde uma aliança para uso prudente de antibiótico, qual a sua postura ética, o que você faria?

Nesta questão, a postura ética dos entrevistados variou desde um agir na procura de grupos ou pessoas envolvidas para juntos buscarem uma solução do problema. (76,19%) e

outros (23,80%) procurariam difundir mais o conhecimento sobre o uso prudente de antibióticos e enfatizar a lavagem das mãos, iriam solicitar a CCIH para que esta Comissão adotasse as medidas cabíveis para implantar o uso prudente de antibióticos no HU, como também sugerem campanhas educativas, chamando atenção para o fato, e até denunciar se fosse o caso. O significado destas “falas” ficam evidentes nestes depoimentos;

Eu acho que eu poderia dar sugestões, para a chefe, para que ela pode levar para as esferas competentes (Ator Social 27).

Digamos a minha postura ética seria procurar um grupo ou pessoas envolvidas e procurar encontrar alguma idéia que pudessemos implantar alguma coisa de outras instituições que pudesse ser útil (Ator Social 28).

Tentar levar a discussão adiante[...J (Ator Social 11)

Difundiria o conhecimento, principalmente lavagem das mãos e antibioticoterapia para a enfermagem (Ator Social 26).

Continuaria fazendo o que tenho feito difundir conhecimento (Ator Social 15).

Procuraria chamar a atenção para o fato (Ator Social 18)

Ia procurar fazer com que esses profissionais participassem dessa aliança para fazer o uso correto (Ator Social 24).

Outro significado atribuído foi o reconhecimento do importante papel da CCIH dentro de uma Instituição hospitalar

Neste caso específico, teria que ser criado uma Comissão de Infecção Hospitalar

(Ator Social 5).

Procuraria o CCIH (Ator Social 19).

Acho que é obrigação da gente colocar isso em reunião com a CIH (Ator Social 8).

Eu comentaria *com o* pessoal da infecção, CCIH, sugeriria que estudassem sobre isso (Ator Social 23).

Tentar fazer uma campanha nesse sentido (Ator Social 6).

Teria que ser promovido uma campanha em tomo do problema para alertar os profissionais (Ator Social 1).

Se esta possibilidade viesse ocorrer no HU atitude éticas mais enérgicas deveriam ser adotadas: Talvez tivesse que denunciar, me queixar deste problema, para alguém (Ator Social 12).

Sem dúvida, estes profissionais de saúde, diante desta questão, conseguem registrar em seus depoimentos os seus valores de cuidado e de responsabilidade consigo mesmo e com a coletividade. Uma conduta eticamente correta e elogiável que vem ao encontro do que preconiza Boff(1999, p. 11);

o cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o *ethos* fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado, identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações de imi reto agir.

Observa-se, no Quadro 44 as unidades de significados sobre o uso prudente de antibióticos.

Quadro 44 - Supondo que o Hospital Universitário não esteja preparado para difundir junto aos profissionais de saúde uma aliança para uso prudente de antibióticos, qual a sua postura ética, o que você faria?

Categoria Analítica; Ética da Responsabilidade
Subcategoria; Uso prudente de antibióticos
Unidades de Significados; Falas dos Atores Sociais

- Eu acho que eu poderia dar sugestões, para a chefe, para que ela pode levar para as esferas competentes
- Digamos a minha postura ética seria procurar um grupo ou pessoas envolvidas e procurar encontrar alguma idéia que pudéssemos implantar alguma coisa das instituições que pudesse ser útil;
- O Uia praticamente eu creio que não poderia fazer mais além do que já fiz e faço.
- Talvez tivesse que denunciar, me queixar disso aí para alguém, eu acho.
- Tentar levar a discussão adiante..
- Provavelmente não vou fazer nada, sempre que você tenta fazer alguma coisa aqui as pessoas te derrubam, passam uma rasteira, e coisa pesada profissionalmente , eu já estou Quase mudando de profissão, estou fazendo química vou fazer doutorado em química, me desiludi, não que eu vou mudar de profissão, eu vou trabalhar com o desenvolvimento de medicamento, eu estou me desligando disso
- Teria que ser criado uma comissão de infecção hospitalar.
- Acho que é obrigação da gente colocar isso em reunião com a CIIH.
- Eu comentaria com o pessoal da infecção, CCIH, sugeriria que estudassem sobre isso.
- Tentar fazer uma campanha nesse sentido.
- Difundiria o conhecimento, principalmente lavagem das mão e antibioticoterapia para a enfermagem.
- Primeiro atusi Uzar o conselho junto aos profissionais, educação.
- Procuraria chamar a atenção para o fato.
- Eu faria a mesma coisa que a gente faz hoje, faria um antibiograma e só liberaria aqueles antibióticos que eram sensíveis ali e não daria bactéria de antibióticos, de quarta geração, sendo os de primeira sensível, eu não soltaria, não Uberaria sem um resultado.
- Teria que ser promovido uma campanha em tomo do problema para alertar os profissionais.
- Trabalhava em Curitiba quando vi falar pela primeira vez em infecção hospitalar, aí fizemos uma equipe e atuávamos junto com os alunos e existe até hoje essa comissão lá, aí vim para cá e participei da CCIH.
- Continuaría fazendo o que tenho feito difundir conhecimento.
- Procuraria o CCIH.
- Teria que ser promovido uma campanha em tomo do problema para alertar os profissionais.
- Eu iria procurar fazer com que esses profissionais participassem dessa aliança para fazer o uso corretof...]

Análise e Discussão da questão número 45 - Você pretende discutir com seus colegas, alunos, funcionários sobre a importância do uso prudente de antibiótico?

Dos profissionais de saúde participantes, a maioria (66,6%) manifestou-se de modo afirmativo, isto é, eles pretendem discutir com seus colegas, alunos, funcionários sobre a importância do uso prudente de antibióticos.

Somente uma minoria (11,11%) dos Atores Sociais manifestou-se com um Não comentado, como o descrito abaixo;

Não pretendo discutir, eles já sabem[...] (Ator Social 16)

Outros 22,22% se expressaram ambigüamente como se destaca a seguir:

A gente tem reuniões formais para isso aí (Ator Social 12).

Isso a gente discute assim sempre, não só agora, mas a gente sempre vem discutindo isso em todos os treinamentos, em todas as conversas, em todas as orientações que são dadas para o pessoal. Isso já é discutido com pessoal a maneira correta de usar os antibióticos. Interação medicamentosa a gente trata muito dessa questão (Ator Social 29).

Paulo Freire (1991, p. 95) enfatiza que

quanto mais crítico um grupo humano, tanto mais democrático e permeável, em regra Tanto mais democrático, quanto mais ligado às condições de sua circunstancia. [...] Quanto menos criticidade em nós, tanto mais ingenuamente tratamos os problemas e discutimos superficialmente os assuntos.

A Análise dos dados permite comentar que a maioria dos entrevistados, ao responderem SIM, demonstram pertencer a um grupo de profissionais de saúde crítico, cuja reflexão e discussão sobre a importância do uso prudente de antibióticos irá beneficiar ainda mais a assistência do HU.

A seguir, no Quadro 45, expressam-se as unidades de significados da subcategoria uso prudente de antibióticos.

Quadro 45 - Você pretende discutir com seus colegas, alunos, funcionários sobre a importância do uso prudente de antibiótico?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Uso prudente de antibióticos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim (4x)
 - Sim é óbvio.
 - A gente tem reuniões formais para isso aí.
 - Isso a gente discute assim sempre, não só agora, mas a gente sempre vem discutindo isso em todas os treinamentos, em todas conversas, em todas as orientações que são dadas para o pessoal. Isso já é discutido com o pessoal a maneira correta de usar os antibióticos. Interação medicamentosa a gente trata muito dessa questão.
 - Com certeza
-
- » Não pretendo discutir, eles já sabem
-

De acordo com Zancanaro (2000, p. 312) referindo-se um pensamento desenvolvido por Hans Jonas destaca que “promover educação à saúde, conservação ao meio ambiente, a ética como política pública é uma exigência do agir responsável com o amanhã, pois o agir e seu efeito estão implicados com o bem intrínseco. Jonas, aponta que a Ética da Responsabilidade, contém um novo imperativo condicional que deve estar fundamentada no “sim da vida” e a sua continuidade futura, como essencial possibilidade, sendo que nossa liberdade necessita garanti-la por meio de ações presentes.

Ao finalizar destaca-se o seguinte Imperativo Incondicional de Hans Jonas (1995, p.40): “inclua em tua escolha presente como objeto de teu querer, o futuro da integridade do homem”.

Análise e Discussão da questão número 46 - Com estes pensamentos de Hans Jonas, como você, profissional da saúde, “um cuidador de vidas alheias”, um ser humano que trabalha para viver e vive cuidando de outras vidas, se considera neste contexto: Um

agente de transformação ou um profissional de saúde que apenas exerce o seu papel baseado no seu dever (de médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, farmacêutico)?

Esta pergunta alberga, na sua essência, o despertar de valores que permeiam o “SIM à VIDA”. Os profissionais partícipes desta pesquisa souberam com tranquilidade e com precisão estabelecer uma “ponte” entre o cuidar fragmentado de cotidiano e o verdadeiro cuidar/fazendo na prática consciente, contínua de ações cuidativas - “transcender o” ser cuidador de vidas alheias”, e constituir-se um agente de transformação.

Suas “falas” polidas pela sensibilidade do promover educação à saúde, intrinsecamente, revelam o “ser transformador” que na “arte do cuidar” emerge no dia-a-dia hospitalar, na relação profissional de saúde/ profissional de saúde / paciente/ alunos. Ressalta-se que 85,71% responderam que se consideram agentes de transformação, 14,28% , além de sentirem-se agentes de transformação, explicitaram outras informações.

Assim, ilustram-se os seguintes depoimentos:

Eu acho que atuo também como um agente de transformação (Ator Social 1)

Eu me considero um agente de transformação social (Ator Social 10).

Eu tenho ambição de ser um agente de transformador, às vezes me sinto assim, outra apenas cumpridor de dever, outras mais raras abaixo de dever. (Ator Social 11).

Agente de transformação senão eu já tinha saído desta a muito tempo (Ator Social 23).

Eu acredito que de certo modo faço papel de transformação com quem a gente conversa, a postura., o exemplo..(Ator Social 15).

Eu faço a minha parte profissional, consciência profissional, isso ajudando as pessoas a entender e a usar as técnicas corretas. A gente auxilia na transformação do profissional (Ator Social 18).

Agente de transformação, principalmente como professor (Ator Social 22).

Não eu acho que não sou uma pessoas acomodada, olhando assim para esse papel, acho que ainda mais por estar num local como este [...] .., acho que a responsabilidade é muito grande e é uma ação transformadora mesmo, de tentar fazer com que as pessoas se transformem não para seguir imia idéia própria, mas, sim aquilo que é correto (Ator Social 29).

Evidenciam-se, no Quadro 46, as unidades de significados sobre responsabilidade dos sujeitos.

Quadro 46 - Com estes pensamentos de Hans Jonas, como você, profissional da saúde, “um cuidador de vidas alheias”, um ser humano que trabalha para viver e vive cuidando de outras vidas, se considera neste contexto: Um agente de transformação ou um profissional de saúde que apenas exerce o seu papel baseado no seu dever (de médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, farmacêutico)?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Eu me considero um agente de transformação (12x)
 - Eu acho que atuo, também, como um agente de transformação
- » Agente de transformação, se não já tinha saído desta a muito tempo
-

-
- Não eu me considero um agente de transformação social, feça sugestões para um melhor entendimento sobre o impacto da resistência bacteriana no meio hospitalar.
 - Não, eu acho que sou um agente em transformação.
 - Não, eu acho que eu não sou uma pessoa acomodada, oUindo assim para esse papel, acho que ainda mais por estar num local como este que é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, acho que a responsabilidade é muito grande e é uma ação transformadora mesmo, de tentar fazer com que as pessoas se transformem não para seguir uma idéia própria, mas ser e fazer tudo aquilo que é correto.
 - *Eu tenho a ambição de ser um agente transformador, às vezes me sinto assim!...J outras apenas cumpridor de dever[...]. outras mais raras abaixo do dever.*
 - Eu acredito que de certo modo faço papel de transformação com quem a gente conversa, a postura.
 - Eu faço a minha parte profissional, consciência profissional, isso ajudando as pessoas a entender e a usar as coisas. A gente auxilia na transformação do profissional.
-
- » Agente de transformação, principalmente como professor.
-

Análise e discussão da questão número 47 - Você conhece profissionais da saúde que prescrevem antibióticos de modo abusivo ou indiscriminadamente?

Poucos (15,78%) Atores Sociais relatam não conhecerem profissionais que prescrevem antibióticos de modo abusivo. Entretanto, a maioria (78,94%) afirma que infelizmente conhecem profissionais que fazem uso indiscriminado daqueles medicamentos.

As respostas foram simples e diretas, algumas delas são transcritas a seguir:

Aos Montes (Ator Social 12).

Infelizmente sim (Ator Social 8).

Sim conheço (Atores 27, 19, 9, 16, 6, 26, 18, 14, 1, 17, 19, 22 , 10 e outros).

Dentro do HU deve existir, mas não conheço (Ator Social 15).

Bem poucos (Ator Social 5).

Sabe-se que o uso excessivo e indiscriminado de antibióticos causa uma pressão seletiva sobre microrganismos multirresistentes, conseqüentemente um aumento crescente na mortalidade e morbidade de doenças infecciosas até pouco tempo controladas. As infecções hospitalares constituem um grave problema, de difícil tratamento. Atualmente, a resistência transcende o meio hospitalar e inicia sua disseminação na comunidade e no ambiente industrial e rural, através do uso indiscriminado de antibióticos também por outros profissionais, especialmente, na clínica odontológica e na agropecuária.

Conforme Faria e Sumita, et al. (2000), o alto índice de morbidade e mortalidade causados por infecção hospitalar por *Staphylococcus aureus* é uma preocupação constante, tanto no que diz respeito às infecções hospitalares como às comunitárias. É igualmente inquietante o crescimento da resistência do *S. aureus* à Oxacilina, sobretudo em ambiente hospitalar. O uso indiscriminado e freqüentemente inadequado de antibióticos tem favorecido o aparecimento de cepas resistentes com conseqüente ineficiência da antibioticoterapia.

A preocupação de se adotar ações de controle e de uso racional de antibióticos deve ser meta primordial de toda a Instituição Hospitalar. Segundo Servolo de Medeiros (2001), os

antibióticos são prescritos de forma excessiva e freqüentemente inadequada no Brasil. Ele defende a introdução de informações sobre o uso racional de antibióticos durante os cursos de graduação e de resistências médicas. Ressalta ainda que estudos mostram que cerca de 50% a 60% dos medicamentos usados no ambiente hospitalar são antibióticos.

Segundo os Atores Sociais, deste trabalho, pode-se afirmar que o uso indiscriminado de antibióticos, como universalmente se conhece, também é um problema que ocorre no HU.

As unidades de significados sobre o uso indiscriminado de antibióticos podem ser observadas no Quadro 47, a seguir.

Quadro 47 - Você conhece profissionais da saúde que prescrevem antibiótico de modo abusivo ou indiscriminadamente?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Uso indiscriminado de antibióticos
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Sim, conheço (15x)
- Não, porque digamos se eu tivesse no setor de farmácia, eu digamos esse pedido que a pessoa pedisse para mim, eu não sei quem é profissional, então eu não conheço quem são os profissionais de saúde que fazem o uso indevidamente
- Sim, aos montes.
- Bem poucos.
- Infelizmente sim.
- Não

» Dentro do HU deve existir mas, não conheço

Análise e discussão da questão número 48 - Sob o ponto de vista da ética de responsabilidade, será que esses seus colegas (que prescrevem antibióticos indiscriminadamente) estão preocupados com a qualidade de vida de seus pacientes ou em preservar a vida de gerações futuras?

Preservar a vida de gerações futuras é fazer-se continuidade, é transcender-se no fazer o melhor para que as ações executadas, hoje, com responsabilidade, venham projetar-se na dimensão do viver cuidando do futuro da humanidade.

Entre os Atores Sociais entrevistados, a maioria (77,77%) declarou que esses profissionais de saúde Não estão preocupados com a qualidade de vida de seus pacientes ou em preservar a vida de gerações futuras.

Eu acho que não, se eles estão prescrevendo antibiótico indiscriminadamente, eles não tem nenhuma preocupação nem com o próprio paciente, nem com o seu familiar e nem com a geração futura (Ator Social 29).

Contudo, outros (22,32%) responderam que esses profissionais de saúde, ao usarem antibióticos de modo indiscriminado, assim o fazem por que estão preocupados com a qualidade de vida dos pacientes, como pode-se observar:

Estes profissionais estão preocupados com a qualidade de vida de seus pacientes, agora preservar a vida das gerações futuras não (Ator Social 5).

“Que haja uma humanidade” é o primeiro imperativo da ética da responsabilidade de Hans Jonas.

O advento do antibiótico fomentou no homem o “poder onipotente”. Fez do uso dos mesmos uma arma poderosa contra toda e qualquer doença infecciosa.

Desde então, no mundo todo, a antibioticoterapia começou a ser utilizada na cHnica médica e cirúrgica de forma constante, excessiva e indiscriminadamente.

Como enfatiza Grinbaum (2000), a resistência aos antimicrobianos acabou por limitar a noção de que a medicina tinha sido inevitavelmente vitoriosa contra os microorganismos.

Assim, a partir dos anos 80, inicia-se uma corrida frenética contra o tempo. Inúmeras pesquisas têm intensificado os estudos para o desenvolvimento de novos e mais potentes antibióticos e da busca de alternativas para contemporizar este efeito nocivo da resistência bacterianas sobre antibióticos de amplo espectro.

Conforme citado por Tenover (2000, p.7),

esta nova era, para os agentes antiinfecciosos, é a melhor e a pior em todos os tempos, dependendo do ponto de vista. De um lado, a resistência aos agentes antimicrobianos ameaça enfraquecer os avanços conseguidos pelos antibióticos nas últimas décadas, Do outro, a pesquisa continua a favorecer o desenvolvimento de novos antibióticos e estratégias eficazes para melhores cuidados da saúde.

Assim, desde a descoberta dos antibióticos até hoje, o homem vem lutando diuturnamente para diminuir o impacto da resistência bacteriana no ambiente hospitalar.

Afirma Jonas (1995, p.23)

que certos desenvolvimentos de nosso poder modificaam o caráter da ação humana. E dado que a ética tem que ver com as ações destaca que a modificada natureza das ações humanas exige uma mudança na ética. As novas capacidades, introduzidas pela técnica moderna, a natureza qualitativa duvidosa de várias de nossas ações têm aberto uma dimensão totalmente nova de relevância ética não prevista na perspectiva e cânones da ética tradicional. Assim, ele preconiza, uma nova ética, a ética da responsabilidade.

Segundo Zancanaro (2000, p.311)

se a natureza do agir atual mudou, então para assuntos relacionados à tecnologia, ao meio ambiente e a sua preservação tomam-se necessários uma ética da responsabilidade com o futuro, assentada na esfera do nosso poder, que tenha no seu horizonte um cuidado com o amanhã. Refletir sobre questões éticas, ensinar a ética da preservação e da renúncia, é argumentar, tratar de aspectos objetivos de nosso viver e da relação com o futuro do planeta”.

O uso indiscriminado de antibiótico interfere no equilíbrio da ecologia bacteriana, logo, esta ação do homem está colocando em risco a continuidade da vida humana.

Segundo Boff (1999 p.34), “para Martin Heidegger o ‘cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial básico’. Traduzindo, um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana”.

Logo, os profissionais de saúde, ao prescreverem antibióticos, devem ser cuidadosos e preocupar-se não só com a qualidade de vida de seus pacientes, mas também com a possibilidade de existência de gerações futuras.

De acordo com Heidegger, o *Homem é o Pastor do Ser*. Logo, o profissional de saúde, com muita propriedade também é o *Pastor do Ser*, principalmente, sob a dimensão da *Arte de Cuidar*. Abaixo, no Quadro 48, seguem as falas dos Atores Sociais sobre responsabilidade.

Quadro 48 - Sob o ponto de vista da ética de responsabilidade, será que esses seus colegas estão preocupados com a qualidade de vida de seus pacientes ou em preservar a vida de gerações futuras?

Categoria Analítica: Ética da Responsabilidade
Subcategoria: Responsabilidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Não (5x)
 - Mas eles não pensam dessa maneira eu acho.
 - Eu acho que não, se eles estão prescrevendo antibiótico indiscriminadamente, eles não tem nenhuma preocupação nem com o próprio paciente, nem com o seu familiar e nem com a geração futura.
 - No fimdo não, é a questão ética que eu falei
 - Estão preocupados com a qualidade de vida de seus pacientes , agora preservar geração futura não.
 - Acho que eles não tem preocupação
 - Acho que não totalmente
 - Sobre o ponto de vista deste autor não.
 - Estão preocupados em preservar a vida do paciente, mas inconscientemente eles estão fazendo com que futuramente tenha problema..
 - Não tem nenhuma preocupação com isso.
 - Estão preocupados em não complicar a sua vida.
 - Estão preocupados com o paciente.
 - » Não dá de fazer essa correlação, eles estão preocupados com o pacientef...].
-

Análise e Discussão da questão número 49 - Você sabia que a resistência bacteriana é considerada uma doença social?

Conforme informa Weinstein (2001), o Dr. Stuart B. Levy, presidente internacional da Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos (APUA), declarou durante a realização do ***Global Resistance Day***, que uso incorreto de antibióticos é a principal força que está por trás da emergência de bactérias resistentes. Ele apontou que os antibióticos podem ser vistos como “societal drugs”. Ressahou também que “o emprego incorreto de antibiótico é uma doença Social”.

No Brasil esta ONG tem sua sede em São Paulo e é presidida pelo médico infectologista Hélio Sader.

Enfatiza Mlot (2001, p. 196),

que a rotina da resistência aos antibióticos esteve em evidência no ano 2000, com bactérias, ganhando resistência às novas drogas direcionadas ao combate aos patógenos agora resistentes a antigos antibióticos. O ano também viu o reconhecimento do aumento da resistência aos antibióticos como um *problema ecológico global*, oriundo das drogas antimicrobianas incorretamente utilizadas em muitas frentes, incluindo medicina humana e veterinária, consumidores desta mercadoria (auto-medicação), e agricultura.

Os profissionais de saúde, ao serem questionados se eles sabiam que a resistência bacteriana é considerada uma doença social, a maioria (60,86%) dos entrevistados respondeu que não sabia. Uma minoria (8,69%) deixou suas respostas incompletas ou sem nexo. Outros (17,39%) responderam simplesmente SIM. Entretanto, alguns (13,04%) também responderam SIM com comentário, em destaque abaixo:

Sim, há trabalhos que ressaltam que o uso indiscriminado e a resistência bacteriana é considerada uma Doença Social (Ator Social 29).

Sim. Tem em todo o país em todo mundo (Ator Social 24).

A emergência da resistência aos agentes antimicrobianos está se tornando o principal problema de saúde pública em todo mundo, especialmente nas infecções adquiridas no hospital (RICHET, 2001).

Pereira et al (2001) manifestam que o uso indiscriminado, irregular ou abusivo de drogas antimicrobianas praticado no ambiente doméstico, hospitalar, odontológico e/ou da agropecuária vem, cada dia mais, pressionando a seleção de microorganismos resistentes.

Sim. Dependendo do conceito (Ator Social 15).

Considero isso uma demagogia dos governos (Ator Social 16).

Pelas “falas”, em destaque, pode-se analisar que a maioria dos profissionais, neste estudo, desconhecia que a resistência bacteriana é considerada uma doença social. Entretanto, uns afirmam que já sabiam. O Ator Social 29 declarou ter obtido esta informação com leituras de trabalhos científicos. O Ator Social 15 condiciona o seu sim, dependendo do conceito. Uma resposta vaga[...]. Para o Ator Social 16, ao referir-se que considera este termo “doença social” é uma demagogia dos governos, deixa nas entrelinhas o seu desapontamento com a atual situação precária da assistência política de saúde no nosso país e no mundo todo.

Da análise, pode-se comentar que os profissionais de saúde entrevistados necessitam se atualizar acerca da dimensão social do uso indiscriminado de antibióticos e da resistência dos agentes etiológicos que causam doenças infecciosas, principalmente, nos seres humano.

No Quadro 49, a seguir, observam-se as unidades de significados dos sujeitos a respeito da resistência bacteriana.

Quadro 49 - Você sabia que a resistência bacteriana é considerada uma doença social?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Resistência bacteriana
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Não (14x)
 - Sim (4x)
 - Sim, há trabalhos que ressaltam que o uso indiscriminado e a resistência bacteriana é considerada uma Doença Social.
 - Considero demagogia dos governos.
 - Sim tem em todo o país em todo mundo.
 - Dentro de todo enfoque social de todo o cuidado que tem consigo, ele seria um agente de combater essa bactéria.
 - Depende do conceito. * Sim.
-

Análise e Discussão da questão número 50 - Você considera que existe, por parte dos profissionais de saúde que trabalham no Hospital Universitário, consciência do perigo do uso indiscriminado de antibiótico?

A palavra consciência, nesta pergunta tem o sentido de conhecimento científico, tangenciando a consciência moral, um saber fundamentado no agir responsável. Um Fazer no sentido de cuidado para que múltiplos fatores de manipulação do antibiótico não venham colocar em perigo o meio ambiente do HU, na aquisição de novas amostras de bactérias resistentes e colocar em risco a vida do paciente, “não coloque em perigo as condições de continuidade indefinida da humanidade sobre a terra” (JONAS, 1994, p.39). Este imperativo de Jonas ultrapassa a visão do fazer próximo, mas clama para que as ações praticadas hoje não venham prejudicar, também, as gerações futuras.

Conforme destaca Zancanaro (2000, p. 311), para Jonas, “é necessário impor limites e freios a partir de um novo conceito de responsabilidade aos ilimitados poderes que o homem alcançou mediante os conhecimentos científicos. [...] A ética assume uma tarefa reflexiva em relação à tecnologia. Um apelo para o uso responsável desse poder onipotente, um alerta aos que detêm o poder científico e político, em relação ao fato de estarmos diante de um planeta Mgil e vulnerável”.

Das respostas analisadas, poucos (6%) Atores Sociais responderam que NÃO existe por parte dos profissionais de saúde, que trabalham no HU, consciência do perigo do uso indiscriminado de antibiótico. Contudo, alguns (47%) responderam simplesmente SIM e outros (47%) expressaram suas idéias da seguinte forma:

Eu acho que as vezes eles não sabem o mal que eles estão fazendo em ficar prescrevendo antibiótico de maneira indiscriminada, como eu já citei, muitos fazem o uso de antibiótico para uma infecção viral (Ator Social 12).

Não sei se eles têm consciência ou se sabem e não ligam (Ator Social 16).

Acho até eles têm, embora a consciência não é muito grande[...] . mas[...] tem que mudar o comportamento! (Ator Social 19).

Por parte dos profissionais sem dúvida, mas nem todos (Ator Social 11).

Estas declarações demonstram que existe ainda por parte de muitos profissionais de saúde, que trabalham no HU, um certo desconhecimento a cerca do perigo do uso indiscriminado de antibióticos. Os comentários também apontam para a necessidade de mudança de comportamento, deixar de lado o uso indiscriminado de antibióticos e adotar, conscientemente, o uso prudente de antibióticos que é um agir com responsabilidade.

Para Hans Jonas (1997, p. 33), “em geral, toda capacidade ‘como tal’ ou ‘em si’ é boa, e somente se toma má pelo abuso dela. [...] O pressuposto para ele é que a ética pode distinguir claramente entre ambos usos, entre o uso correto e errôneo de uma e mesma capacidade. Hans Jonas (1997, p.35), também enfatiza que ‘as exigências da responsabilidade crescem proporcionalmente aos atos do poder”.

Para preservar a vida se faz necessário respeitar os complexos processos da vida. O desequilíbrio ecológico é uma ameaça a convivialidade humana.

Atualmente, fi-ente os desafios impostos pela modernidade, Scharamm (1996, p.225) enfatiza “que importa integrar o bioecológico e o sociocultural, inclusive a relevância da dimensão tecnocientífica para o bem-estar de indivíduos e comunidades. Importa valorizar a aquisição de uma ‘competência evolutiva’ em situação de responsabilidade permanente e crescente para os delicados processos da vida”.

As unidades de significados sobre este tópico podem ser observadas no Quadro 50 que se segue.

Quadro 50- Você considera que existe, por parte dos profissionais de saúde que trabalham no Hospital Universitário, consciência do perigo do uso indiscriminado de antibiótico?

- Eles tem consciência
 - Eu acho que as vezes eles não sabem o mal que eles estão fazendo em ficar prescrevendo antibiótico de maneira indiscriminada, como eu te citei, mmto fazem o uso de antibiótico para *uma infecção vircú*.
 - Não sei se tem consciência ou se sabe e não liga.
 - Sim (8x)
 - Alguns tem, outros não. (Sim/Não)
 - Já houve mudanças
 - Acho que sim
 - Não
 - Nosso pessoal tem dado muita palestra então, a equipe técnica do laboratório já tem noção do que está acontecendo a nível mundial[...] então tem que estar acompanhando sempre..
 - Tem, médico bem responsável
 - Nem todos..
 - Acho que até eles têm, a consciência não é muito grande, mas[...] tem que mudar o comportamento[...]
 - > **Por parte dos profissionais sem dúvida, mas nem todos[...].**
-

Análise e Discussão da questão número 51 - Será que os profissionais de saúde relacionam o fenômeno das bactérias resistentes com o processo de infecção hospitalar?

Destaca-se que, a maioria (45,45%) dos Atores Sociais, responderam SIM, isto é, eles acreditam que os profissionais de saúde sabem relacionar o fenômeno das Bactérias Resistentes com o processo de Infecção Hospitalar. Todavia, outros (18,18%) responderam que os profissionais de saúde NÃO sabem relacionar a resistência das bactérias à problemática da IH, como se pode observar nos depoimentos abaixo:

Eu acho que Não. (Ator Social 27).

Acho que Não.. Talvez pensem que nada tem a ver com a resistência (Ator Social 3).

Porém, outros (36,36%), não foram muito precisos em expor suas opiniões, como se traduz nas declarações a seguir:

Todos Não, mas alguns SIM (Ator Social 24, 14, 8).

Eu acho que poucos ainda conseguem ter essa visão (Ator Social10).

As “falas”, em destaque, oferecem uma visão que ainda existe falta de conhecimento entre os profissionais de saúde sobre a relação entre a resistência bacteriana e a IH.

Para esta análise, considera-se oportuno refletir com Morin os complexos caminho do saber apreender.

Segundo Morin (2000, p.30).

o inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Quando o inesperado se manifesta, é preciso ser capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de deixar o fato novo entrar à força na teoria incapaz de recebê-lo.

Mais adiante, este filósofo ainda argumenta que “devemos compreender que, na busca da verdade, as atividades auto-observadoras devem ser inseparáveis das atividades observadoras, as autocríticas, inseparáveis das críticas, os processos reflexivos, inseparáveis dos processos de objetivação”. (MORIN,2000, p.31)

É gratificante que, neste parecer dos Atores Sociais, o HU possui profissionais de saúde que já compreendem o processo do fenômeno das Bactérias Resistentes/Infecção Hospitalar. Contudo evidencia-se que ainda existem outros que necessitam abrir-se para o novo, e incorporar na Sua prática atitude compatíveis de um profissional teoricamente atualizado e receptivo às mudanças oriundas do uso excessivo de antibióticos visando, acima de tudo, a manter suas condutas assistenciais pautadas na ética da responsabilidade.

No Quadro 51 abaixo, observam-se as unidades de significados sobre resistência bacteriana e infecção hospitalar.

Quadro 51 - Será que os profissionais de saúde relacionam o fenômeno das Bactérias Resistentes com o processo de infecção hospitalar?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico

Subcategoria. Resistência bacteriana

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Não
 - Sim (6x)
 - Eu acho que não (3x)
 - De alguns médicos
 - Alguns deles sún.
 - Eu acho que poucos ainda conseguem ter essa visão.
 - 100% de consciência não.
 - HU cresceu com isso[...] a resistência bacteriana tem causado momentos do repensar de nova atitudes[...].
 - Alguns sim outros não.
 - Alguns sim, mas, não todos
 - Todos não, mas alguns sim.
 - Perfeitamente
 - » Acho que não!. Talvez pensem que não tem nada a ver
-

Análise e discussão da questão número 52 - No hospital universitário, existe algum guia ou protocolo para normalizar o uso de antibióticos?

No Brasil, importantes infectologistas, como Servolo de Medeiros (2001), Grinbaum (2000), Carneiro de Leão (2001) e outros, têm procurado difundir a necessidade das instituições hospitalares adotarem um protocolo para o uso adequado de antibióticos.

Segundo Servolo de Medeiros (2001, p. 7), “uma medida para minimizar o uso inadequado de antibióticos entre os médicos é que os hospitais tenham protocolos de utilização de antibiótico muito bem definidos, que tenham padronização para sua utilização, tanto na antibioticoprofilaxia, quanto na terapia das infecções”. Todavia, ele comenta que a

padronização não resolve 100% das infecções, mas a maioria. Destaca que os casos mais complicados devem ser resolvidos individualmente. Mas, para tal decisão, faz-se necessário que ela seja fundamentada em estudos prévios do perfil de resistência e também dos agentes mais prováveis para aquele tipo de infecção.

Assim, este estudo não poderia deixar de pesquisar junto aos Atores Sociais se estes sabiam ou não da existência de qualquer tipo de estratégia que viesse combater o uso inapropriado de antibióticos, ou seja, um protocolo regulamentando tal medida no hospital alvo deste estudo.

Os dados revelaram que a maioria (76,92%) declarou existir um protocolo no HU. Contudo, surpreendentemente, alguns Atores Sociais (23,08) relatam desconhecer a existência de protocolo para regular o uso de antibióticos. A falta de conhecimento da existência de um protocolo, por parte de determinados Atores Sociais, não será falta de informação/comunicação entre os membros da equipe de saúde? Será que este protocolo de utilização de antibióticos para orientar os médicos em suas respectivas prescrições não deveria ser divulgado abertamente em todas as unidades do HU? Se todos os Atores Sociais fossem informados sobre a existência deste protocolo não haveria maior participação ou melhor entendimento sobre a problemática do uso indiscriminado de antibióticos/ resistência bacteriana/infecção hospitalar?

A seguir transcrevem-se algumas “falas” dos Atores Sociais, referentes ao tópico em pauta:

Sim, existe. Ele é bom, sim. Tem muita grande eficiência no controle de infecção hospitalar, é um símbolo aplicado (Ator Social 28).

Existe - Olha esse protocolo existe mais ele não é eficaz, a validade desse protocolo poderia ter uma maior abrangência, ele poderia ter até na sua formação, no seu princípio de sua instituição, um caráter mais educativo, muito mais elucidatório do que exatamente apenas controle, porque o profissional, ele rejeita um controle, o humano ele rejeita muito a coisa de ser controlado, de ser vigiado, ele ser enfim, sem saber as coisas, então eu acho que o controle da infecção intra-hospitalar, e controle da infecção comunitária com a correta educação ao uso, a recorrência ao uso dos antimicrobianos, ela passa a ter caráter de educação profunda, de conhecimento de causa, das consequências das raízes, então dá um processo pedagógico, eu diria (Ator Social 10).

A gente já atua e está atualizando eles para obter mais informações, para que o profissional da saúde se conscientize, porque no momento em que o profissional da saúde está preenchendo aquele protocolo ele tem que responder uma série de perguntas; então ele tem que estar consciente daquilo que ele está respondendo e então ele começa a pensar e refletir sobre o uso do antibiótico que ele está prescrevendo para aquele paciente e daí é importante, a gente não está atingindo 100% dos antibióticos, mas é uma pretensão que seria importante para todos os antibióticos (Ator Social 29).

Sim, existem relatórios comentados, mas o protocolo não, usamos o americano em algumas literaturas (Ator Social 11).

Desconheço., nunca vi falar neste tipo de protocolo (Ator 3).

Até hoje não, nunca fui informada {Ator 17}.

Para Okeke et al. (1999), muitas estratégias têm sido propostas para combater o uso inapropriado de antibióticos pelos clínicos. Sistemas de monitorização e formulário hospitalar ou antibiótico orientados por protocolos freqüentemente reduzem as taxas de prescrições. Ele sugere a adoção de uma lista nacional para restringir o número de antibióticos a serem prescritos. Entretanto, a implementação destas estratégias não garante o uso otimizado de antibióticos pelos clínicos nos países em desenvolvimento, porque existem muitas variáveis em relação à fonte dos antibióticos. Contudo, os autores ressaltam que a educação médica continuada muda as atitudes de clínicos, como mostram estudos do uso indiscriminado em Cuba e Paquistão, em 1996 e 1997, respectivamente.

De acordo com Kauling et al. (2000), 71,3% das cirurgias limpas realizadas no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), de Florianópolis, Santa Catarina tiveram a antibioticoprofilaxia realizadas inadequadamente de acordo com a recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Havendo um desperdício de 964 doses de Cefazolina, representando um gasto desnecessário.

No HU a utilização de antimicrobianos em pacientes cirúrgicos, no ano de 2000®, foi da ordem de 66,2%. De 42,4% aplicado como profiláticos somente 85% tiveram indicação correta.

Os relatos dos Atores Sociais retratam que o protocolo vigente no HU precisa ser melhorado e ser mais divulgado e que o mesmo venha ser seguido com responsabilidade pelo corpo médico do HU, como diz o Ator Social 24;

Sim, existe. Mas, esse protocolo de uso de antimicrobiano já foi alterado, tinha uma certa quantidade de antibióticos que era restrito, hoje já aumentou devido ao uso abusivo e prescrição indevida, eu acho que está funcionando. Critérios: Resistência às cepas, custos, e também o uso indevido, prescrição excessivas para tratamentos indicados.

Na ordem e na desordem das águas conturbadas do uso indiscriminado de antibióticos construir um dique, para conter uma catástrofe ecológica, é uma medida mais que necessária, é uma atitude prudente e responsável dos profissionais de saúde e da instituição hospitalar.

No Quadro 52, observam-se as unidades de significados sobre o uso prudente de antibióticos.

Quadro 52 - No hospital universitário existe algum guia ou protocolo para normalizar o uso de antibióticos?

IIIU.I.II tiuws «iu<i(ijfcfi!~f) (ici fiue exaiiüsüLe auelias coiiUije: UUTUC o woiissioiaí. ele reieita um
 □ - Já se encontra 1^ se usado eie çe! eium. sem saDer as
 coisási eiiiao eu áno aue o conixoie aa mieccao mtra nosmiaiar. e controie aa inieccao comuntana com a
 correta eaucacao ao uso. a recorrenca áo uso ños aiiTinucrooianos, cia Dtíssa a ter *ci^mn-ir ac* i-ii-ninricio
 prbiúnda, ae corneciumento ae causa, aas conseáncias aas raizes, entao aa um orocesso peagoEico. eu
 IIIITH.

- A eente já atualizou e está atualizando eles nara obter mais iníormacoes. ora oue o nrofissionai ria saiiite se conscientize, norcue no momento em oue o oroiissionai aa sauae esta oreencnenao aquele Drpicoio eie tem aie responder uma série de perguntas entao ele tem aue estar consciente daauiio que elé esta respondendo e **entao eie começa á pensar e reiietir soore o ilso ao antiDiotico aue eie esta prescrevenao para aaeie paciente e dai é importante, a eente não esta atingindo 100% dos antiBióuticos, mas é uma pretensão que seria importante para todos os antioióficos.**
- **Kxistem relatórios comentados, mas o protocolo nao , usamos o americano em algumas literaturas.**
- **ixiste. existe o protocolo da Comissão de Inleccão Hospitalar, e é feito. en noo sp.i se rofin ann ou sñn as normas da comissão de infeccão hospitalar e eu acho que são nórmas que eles fazem para o uso adequado de antibiótico**

A Até hoie r>ör». TITir>r"Q -fiii fTjfrjmfrii»
 .= Ti.^-5onfes,9.o.o. ni;ncn V! fslar neste tipo de protocolo .
 e Sim, existe. Esse protocolo de uso de antimicrobiaii já foi alterado, tinha mna oertis qnsnliafle de antibióticos que era restrito, hoje já auueiiiuu'devido ao utjevaiJüisivu i;
 funcionando. Critérios: Resistência as cepas, custoo, e tamfcrit r, r.r.r, ir-2-ievirin, p r i ; ;
lialameitos iudicudos.

Análise e discussão da questão número 53 - Até onde a formação profissional ajuda mudar a problemática tratada neste trabalho?

Por unanimidade, os Atores Sociais concordam que a formação profissional é fundamental para ajudar a mudar o problema do uso indiscriminado de antibióticos e suas conseqüências. Entretanto, cada um se manifestou com comentários dos quais se reproduzem alguns abaixo:

Eles acham que:

[...] se o Curso de Graduação oferecer uma bagagem ética estará contribuindo para mudar o quadro (Ator Social 16 e 23).

A parte de Microbiologia tem que estar mais próxima da parte assistencial, a prática, que a gente vai atuar no hospital[...] e acaba esquecendo muita coisa que foi vista no início do curso”(Ator Social 26).

A universidade te dá a base e tu tens que correr atrás, quando tu te formas a responsabilidade é tua. (Ator Social 9)

Não tem até onde[...] quanto mais você estuda mais você aprende (Ator Social 19).

A formação/conhecimento é uma das coisas mais importantes. A pessoa tem que estar sempre se atualizada. É dinâmico, porque o conhecimento é dinâmico. Se o camarada ficar que nem uma pedra lá e não mudar[...] Deus o livre (Ator Social 12).

Estas “falas” dos Atores Sociais conseguem de modo coerente e bastante simples fazer reflexões que abrem o caminho para entender o quanto é importante a formação do

profissional e o quanto é necessário que os mesmos estejam sempre atualizados e preparados ética e cientificamente diante da dinamicidade da tecnologia moderna e face ao futuro previsivelmente ameaçado pelas bactérias multirresistentes.

Segundo Hans Jonas (1995, p.200), “O dinamismo é uma situação da modernidade. Não é algo accidental, senão uma propriedade imanente da época, logo, nosso destino”.

Ao atores sociais apontam, também, que o saber deve estar associado a querer aprender sempre mais.

O aprender abre horizontes, transforma e muda o agir do ser humano.

Finalmente, segundo Peccei (1991 p. 107); “nunca se termina de aprender”.

A seguir, observa-se, no Quadro 53, a fala dos sujeitos sobre a subcategoria formação profissional.

Quadro 53 - Até onde a formação profissional ajuda mudar a problemática tratada neste trabalho?

Categoria Analítica: Conhecimento teórico
Subcategoria: Formação profissional
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Eu acho que a formação profissional ajuda de forma contundente, em todos os aspectos desse problema muito complexo.
 - A formação/conhecimento é uma das coisas mais importantes. A pessoa tem que estar sempre se atualizada. É dinâmico, porque o conhecimento é dinâmico. Se o camarada ficar que nem uma pedra lá e não mudar[...J Deus o Iivre[...].
 - mais importante é se formar profissionais responsáveis e conscientes de todo esse problema, então, eu acho que o Quadro pode ser revertido.
 - Formação é o que o meio te dá, mas depende muito do teu interesse, por que não adianta ter uma universidade maravilhosa *com um monte de gente sem cxibeça lá dentro* ou um *monte de gente maravilhosa* com uma universidade que não te dá as coisas[...] .. acho que é meio a meio, não se pode colocar a culpa só na universidade ou só no indivíduo. A Universidade te dá a base e tu tens que correr atrás, quando tu te forma a responsabilidade é tua.
 - Se tiver formação pessoal, tem que ter os dois, não se aprende só na escola, são regras de conduta[...]
 - A formação profissional é tudo.
 - A partir do momento que o Curso de graduação oferece uma bagagem para ética., tem uma contribuição para mudar esse Quadro.
 - Até onde puder[...]
 - A parte de Microbiologia tem que estar mais próxima da parte assistencial, a prática, que a gente vai atuar no hospital[...] e acaba esquecendo muita coisa que foi vista no Início do curso de Microbiologia durante a graduação.
 - Hoje muito pouco, porque o aluno sai com pouca base, comigo foi assimf...].
 - Se a formação for boa, Quadro vai melhorar[...]
 - Principalmente na prevenção.
 - Totalmente.
 - Acho que a formação é tudo
 - Educando, informando, a base é a graduação
 - A formação ajuda muito, acho que o conhecimento é uma das bases para tudo, o querer o acreditar..
 - Não tem até onde[...] quanto mais você estuda mais você aprende[...].
 - A formação é fundamental para a formação profissional..
-

Análise e discussão da questão número 54 - Qual o papel da Universidade nesse processo da problemática do uso indiscriminado de antibióticos ?

Salienta-se que este tópico sobre o papel da Universidade frente à problemática do uso indiscriminado de antibióticos, emergiu da análise dos dados obtidos das “falas” dos Atores Sociais” que participaram do Pré-teste. Os mesmos destacavam que a universidade tem uma parcela de responsabilidade em instruir e ensinar aos alunos da área da saúde sobre o grave problema do uso indiscriminado de antibióticos e suas conseqüências clínicas.

Este ponto de vista, então, foi inserido na entrevista definitiva para que os demais Atores Sociais pudessem também expressar sua opiniões acerca deste assunto.

Estes Atores Sociais, também, por unanimidade, consideram ter a universidade um papel preponderante e imprescindível no encaminhamento do ensino sobre os malefícios do indiscriminado de antibióticos;

Eu acho que é preponderante o papel da Universidade. Acho que o conhecimento está na Universidade e tu tens que levar esse conhecimento a partir da universidade (Ator Social 12).

Eu acho que é preponderante o papel da Universidade. Acho que o conhecimento está na Universidade e tu tens que levar esse conhecimento a partir da universidade (Ator Social 12).

A universidade está preparando o geral, e o geral hoje é o comum, ela poderia assim, como tem fundamentos de enfermagem, poderia ter uma disciplina se Infecção Hospitalar, e, esta deveria ser oferecida desde o início ao fim do curso de graduação da área da saúde. (Ator Social 19).

A universidade tem que trabalhar em cima disto, o aluno precisa entender como se faz o CIH, lutar contra a resistência bacteriana, como evitar o uso indiscriminado de antibiótico, trabalhar em equipe multiprofissional / aluno, para fazer alerta do que esta ocorrendo (Ator Social 11).

A universidade tem um papel essencial na educação acadêmica. Na graduação, os professores têm a obrigação de informar, enfatizar, alertar e ensinar seus alunos *para* o grave problema da IH, do uso indiscriminado de antibióticos e a magnitude da resistência bacteriana (Ator Social 17).

Reforça Servolo de Medeiros (2001) que é importante incluir na formação do médico a utilização racional de antibióticos, em especial, durante a graduação e na residência médica.

Complementa-se, ressaltando que, no momento atual, em que o conhecimento é tão extenso e com o aumento da demanda de serviços, é necessário que todos os futuros profissionais de saúde (não só o médico) disponham de uma bagagem suficiente de informações e conhecimentos que lhes permitam identificar e resolver os problemas de antibioticoterapia de modo ético e responsável.

Contudo, sabe-se que quem prescreve antibióticos, na maioria, são médicos. Por isso ser o papel destes profissionais tão essencial na adesão ao uso prudente de antibióticos. Enfatiza-se que o médico tem muitas responsabilidades, sendo, provavelmente, a maior delas a de comprometer membros da sua equipe no uso racional de antibióticos

O trabalho da equipe de saúde deve, sistematicamente, apoiar as medidas para o controle da infecção hospitalar, do uso prudente de antibiótico e, conseqüentemente, combater a resistência bacteriana.

Na fala do Ator Social 29, esta preocupação é abordada nos seguintes termos:

Como a universidade é um local de ensino de educação, incluindo, não só alunos de medicina e enfermagem, mas os demais das áreas da saúde. Então a universidade tem a função de educar esse pessoal, porque nós estamos formando esse pessoal para a sociedade e não para o hospital em si. Então eles vão clinicar, trabalhar, prestar assistência em todo o Estado e muitas vezes até fora do Estado. Então a **responsabilidade** da Universidade em relação ao Hospital Universitário em si é muito grande, especialmente, em relação ao assunto em pauta, e a outros referentes ao cuidado aos pacientes (Ator Social 29).

Já em 1990, ressaltava Chaves que a pesquisa educacional mostra que a maneira mais eficiente e duradoura de adquirir conhecimento, habilidade ou atitude, é exercitar ações que exigem tal conhecimento, tal habilidade, ou atitude.

A universidade tem um papel essencial, pois é o centro formador de seus discentes. É este papel que eu considero essencial, ele deve ser de uma responsabilidade até extra muro. A universidade tem que informar a comunidade, as pessoas comuns, as pessoas leigas, em não fazer uso indiscriminado ou abusivo de drogas (Ator Social 10).

Sabe-se que aprender fazendo é mais eficiente que receber informação passivamente. Esta estratégia deve ser enfatizada na universidade e, ser muito valorizada pelo professor, durante o período de estágio/fase profissionalizante dos acadêmicos da área da saúde nas instituições hospitalares ou na comunidade.

Este pensar está contido no seguinte relato:

A universidade está preparando o geral, e o geral hoje é comum, ela poderia assim como tem fundamentos de enfermagem, poderia ter uma disciplina sobre infecção hospitalar e ela deveria ser oferecida desde o início ao fim do curso de graduação área da saúde, principalmente, e ser enfatizado ainda mais na prática, durante a fase profissionalizante (Ator Social 19).

Evidencia-se que emerge nesta “fala” um ponto de vista relevante que é conscientizar os Coordenadores dos Cursos da área da saúde a inserir nos seus currículos uma disciplina de Infecção Hospitalar. Um passo importante a ser, urgentemente, refletido e implementado.

Evidencia-se, também, que alguns Atores Sociais sublinham existir na universidade, carência do ensino voltado para os aspectos éticos relacionados ao uso indiscriminado de antibióticos/resistência bacteriana/infecção hospitalar. Sob este ponto de vista, a Universidade não está fornecendo uma educação global no aspecto ecológico, ético e humanista. Logo, a universidade tem que possuir uma visão ética-holística-ecológica do mundo que nos cerca. Diante do panorama mundial, para os Atores Sociais, a universidade tem que rever suas posições e introduzir o conhecimento ético nos seus Cursos de Graduação e Pós-Graduação.

Os relatos abaixo expressam este significado:

A universidade tem a obrigação da formação ética desde que se entra, alguns professores tem outro não (Ator Social 16).

A universidade tem sua parcela de culpa, porque as questões éticas acabam não sendo discutidas na graduação. A universidade tem que rever e aplicar a chamada ética da responsabilidade na graduação e aí o uso de antibióticos teria outro procedimento(Ator Social 8).

A universidade tem papel importante. Ela tem que refletir porque nos cursos não é discutido questões éticas, a gente só vai discutir na pós graduação[...] quem tem acesso a isso (Ator Social 23)

Diante do exposto, a análise dos dados permite dizer que a *chave do bom êxito* da universidade é que sua missão seja compatível não só com a qualidade do ensino tecnocientífico mas, sobretudo, que este esteja impregnado também com a ética da responsabilidade. Que o seu corpo docente seja gabaritado, competente e, principalmente, comprometido com a qualidade de ensino na sua dimensão educacional/ética/cultural.

Abaixo, no Quadro 54, podem-se observar as falas dos sujeitos a respeito do Papel da Universidade.

Quadro 54 - Qual o papel da Universidade nesse processo da problemática do uso indiscriminado de antibióticos?

Categoria Analítica; Conhecimento teórico
Subcategoria: - Papel da Universidade
Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- A universidade é um órgão formado tem o papel de orientar .
 - A universidade é responsável
 - A universidade está preparando o geral, e o geral hoje é comum, ela poderia assim como tem fundamentos de enfermagem, poderia ter uma disciplina sobre infecção hospitalar e ela deveria ser oferecida desde o início ao fim do curso de graduação área da saúde..
 - A universidade tem que trabalhar em cima disto, trabalhar em equipe multiprofissional, aluno, para fazer alerta do que esta ocorrendo.
 - Tem a responsabilidade dos profissionais do futuro, tem que conscientizar esses profissionais que estão saindo daqui, para não acontecer de usar indiscriminadamente os antibióticos, tem que mostrar para eles o valor da prevenção[...] e o cuidado com as gerações futuras.
 - A universidade tem o papel de disseminar as informações para todos os profissionais de saúde durante a vida acadêmica.
 - Primordial.
 - Educação dos alunos e da comunidade, eles tem que saber o que existe e tem que questionar o médico sobre o antibiótico prescrito.
 - Promover a educação e tem o dever de alertar para esse problema.
 - É também responsável, todos somos responsáveis, cada um deve ter consciência da importância do seu trabalho.
 - Sim por que ali que está a formação profissional, é com os conhecimentos adquiridos no curso de graduação que eles entram no hospital fazendo corretamente ou agindo sem responsabilidade.
 - A universidade é fundamental, é ela vai gerar e influenciar a nova geração de profissionais de saúde
 - Todos nós somos responsáveis, principalmente para que esses jovens saiam mais estruturados, mais conhecedores dessa realidade. Por que não receber em sala de aula orientação para usar mais prudentemente os antibióticos.
 - A universidade tem um papel essencial na educação acadêmica. Na graduação os professores tem a obrigação de informar, alertar e ensinar seus alunos para o grave problema da IH, do uso indiscriminado de antibióticos e a magnitude da resistência bacteriana.
 - Eu acho que é preponderante o papel da Universidade .Acho que o conhecimento está na Universidade e tu tens que levar esse conhecimento a partir da universidade.
 - Como a Universidade é um local de ensino de educação de todo esse pessoal de todas as áreas da saúde, não só da medicina e enfermagem, mas de todas as áreas da saúde, então a universidade tem a função de educar esse pessoal, porque nós estamos formando esse pessoal para a sociedade e não para o
-

hospital em si. Então eles vão clinicar, trabalhar, prestar assistência em todo o estado e muitas vezes até fora do estado. Então a responsabilidade da Universidade em relação ao Hospital Universitário em si é muito grande em relação a isso e todos os centros em relação a isso.

- A universidade é o centro formador
- Formação ética desde que se entra, alguns professores tem., outrosf...].
- Fundamental, a sua vida profissional começa na universidade
- A Universidade tem sua parcela de responsabilidade, porque as questões éticas acabam não sendo discutidas na graduação A universidade tem que rever e aplicar a chamada ética na graduação.
- A universidade é responsabilidade, porque nos cursos não é discutido questões éticas, a gente só vai discutir na pós-graduação, quem tem acesso a isso .

» A Universidade é um órgão formados tem o papel de orientar .

Análise e discussão da questão 55 - Para Hans Jonas, a ética da responsabilidade implica no “Sim a Vida” e sua continuidade futura. Qual o significado de vida para você?

Segundo Hans Jonas (1999, p. 10),

as grandes contradições que o homem descobre em si mesmo - a liberdade e necessidade, autonomia e dependência, eu e o mundo, relação e isolamento, criatividade e mortalidade - estão préformadas já nas mais primitivas manifestações da vida. Cada luna destas mantém um equilíbrio muito perigoso entre o ser e o não ser, ao mesmo tempo, que desde o primeiro momento alberga um íntimo horizonte de ‘transcendência’.

Pode-se dizer que vida e morte estão unidas pelo contraditório, pois são opostas na sua essência, mas ambas constituem a única verdade prevista e conhecida do ser humano.

Argumenta Jonas (1999, p. 18),

que a vida seja mortal é sua fundamental contradição, mas pertence inseparavelmente a sua essência e não pode separar-se dela nem sequer em pensamento. A vida é mortal não porém senão porque é vida; é mortal em sua mais originária constituição, pois esse modo de ser revogável, não garantido, é a relação entre forma e matéria na qual descansa. Sua realidade, paradoxal e em constante contradição com a natureza mecânica, é no fimdo uma contínua crise, cujo controle nunca é seguro e em todo momento não é senão a continuação da própria crise como tal.

Zancanaro (2000, p. 313), na esteira de Jonas, enfatiza que “o ‘fim da vida’ é a vida, mas não pode ser entendida como um mero viver, porque os outros também vivem; é um viver com dignidade, com qualidade e felicidade. O ‘viver’, para Jonas, não é ‘um mero sobreviver’, mas ‘viver bem’, de acordo com valores. O ‘bem concreto’ é a ‘vida’, que exige ser respeitada, não por imposição normativa ou prescritiva, mas por ser ‘um bem substancial’ cuja exigência, quanto ao viver presente e futuro, é dele mesmo. O ‘bem’ ou ‘o valioso’ é por si mesmo e não graças a um desejo, necessidade ou escolha.

Atualmente, muitos conceitos de vida estão vinculados a expressão - qualidade de vida.

Para Durant (1995, p.41),

aqueles que não interpretam o caráter sagrado da vida em uma ótica vitalista exprimem a questão na maneira diferente: afirmam a *qualidade de vida*. O que merece respeito não seria somente a existência, a vida biológica, a duração, mas sobretudo a qualidade de vida. Alguns considera, ainda, que o conceito de *qualidade de vida* se opõe à noção de *caráter sagrado da vida*. Outros, ainda, consideram que o primeiro conceito não é contraditório à interpretação vitalista do segundo.

Diante de tal perspectiva, a entrevista proporcionou um momento de reflexão sobre o Significado de Vida junto aos Atores Sociais participantes deste estudo.

Logo, os Atores Sociais estimulados a refletir sobre este assunto e inseridos no seu próprio contexto, conseguem transbordar seus sentimentos e constroem os seguintes significados de vida:

É a única que eu tenho, e a dos outros também (Ator social 12).

Vida é tudo, não existiria ser humano se não tivesse vida (Ator social 15).

Vida? É a coisa mais linda que Deus deu para nós e temos obrigação de conservá-la da melhor forma possível e por mais tempo possível (Ator Social 1).

Vida é um presente de Deus, único e a gente tem que aproveitar o máximo (Ator Social 19).

A vida que é uma forma de crescer, aprender e engrandecer todo esse elo da criação (Ator Social 29).

Vida é vida, estar bem fisicamente, mentalmente, psicologicamente, estar integrado com o meio ambiente (Ator social 16).

Ser feliz é se realizar como pessoa (Ator Social 9).

A vida para mim é ser feliz, se manter em paz, cuidar de todas as dimensões física, espiritual, social (Ator Social 23).

Vida é tudo, é o que move a gente, é o que a gente lida, o relacionamento com outras pessoas é o estar de bem consigo mesmo (Ator Social 26).

Nunca parei para pensar[...] cada um nasceu com uma quantidade de talentos e temos que multiplicar (Ator Social 17).

Vida para mim é saúde, é alegria, para mim basicamente é isso (Ator social 27).

Viver bem com saúde, em paz consigo mesmo, alegria, feUz (Ator Social 6).

A vida para mim não se resume em estar aqui, o objetivo de vida para mim é a felicidade, para atingir a felicidade você deve estar bem financeiramente, no lar, no trabalho, em geral, porque se não vem a doença[...] (Ator Social 14).

Vida é saúde, se não tem saúde não adianta nada, pode ter tudo de bom, de tudo, mas se não tens saúde (Ator Social 2).

Viver é ser feliz, ter saúde, ter qualidade de vida, ter uma vida organizada, ser saudável na vida profissional na saúde mental, enfim é todo um conjunto, não adianta ter vida se a pessoa não tem qualidade de vida (Ator Social 28).

Ter uma boa qualidade de vida e o que tiver em meu alcance fazer com que as pessoas também tenham, orientando as pessoas de acordo com meus conhecimentos para que elas também tenham qualidade de vida (Ator Social 24).

Tenho pensado muito mas não tenho teoria precisa, quando falo em vida não relaciono ao viver biológico, mas ao viver com qualidade, com prazer com tesão (Ator Social 11).

Vida é essa vivência, é interagir com o meio ambiente estar ciente de suas responsabilidades. (Ator Social 22).

De modo geral, todos os significados de vida elaborados pelos Atores Sociais, contém na sua essência, o "Sim a vida" ou desvelam o caráter sagrado da vida".

Conforme Durant (1995, p. 38),

segundo a corrente do pensamento do vitalismo, a vida humana é sagrada. Ela é de tal forma preciosa, que constitui um valor absoluto. É necessário sempre realizar todos os esforços para proteger a vida, mesmo quando ela se fragiliza. Por exemplo, para muitos apenas Deus é o dono da vida. Contudo na ótica vitalista, de Keyserlingk, não se trata de *um* princípio entre outros, mas o que conta é um princípio: ‘o princípio do caráter sagrado da vida assim compreendido, fovece então, um critério de aplicação *definitivo e decisivo*, sem sofrer nenhuma restrição ou exceção.

Todavia, a análise das “falas” permite diferenciar alguns distintos pontos de vistas. Como por exemplo, determinados Atores Sociais explicitam claramente ser a vida um dom de Deus, e por isso deve-se cuidar e zelar por ela. Para outros, a vida é ter felicidade, alegria, se manter em paz.

Segundo outros Atores Sociais, possuir a vida é tudo e, que a humanidade existe porque existe a vida.

Muitos entrevistados destacam que vida é ter saúde, interagir com o meio ambiente é estar consciente de suas responsabilidades.

Contudo, enfatiza-se que um Ator Social relatou que ultimamente tem refletido muito sobre o significado de vida, em contraste a este, um outro desvela que nunca parou para pensar a cerca deste assunto. Acredita-se que este fato contraditório aponta que há necessidade de motivar os profissionais de saúde a refletir à luz da ética da responsabilidade, a o aspecto holístico/ecológico que perpassam a vida de cada um deles no quotidiano da arte de cuidar.

Apenas, alguns Atores Sociais relacionam os seus significados de vida a ter uma boa qualidade de vida, a fatores econômicos como estar bem financeiramente no lar e no trabalho, a fatores políticos-ecológicos que envolvem o meio ambiente e a cidadania. Abaixo se transcreve a “fala” do ator social 10;

o significado da vida para mim é miiito amplo, muito profundo. Envolve o meio ambiente e cidadania, mas para você entender o que é meio ambiente você tem que respeitar a si próprio e entender o significado da vida de cada um de nós, e a importância que isto tem, e a relação com todo o sistema vivo.

Hoje, o significado de vida, diante das ameaças causadas pela tecnologia moderna deve incorporar o a “Sim a Vida”, a preocupação pela continuidade das gerações futuras. Enfatiza-se que esta nova perspectiva de vida, refletida sob o ponto de vista da ética da responsabilidade, ainda não está contida nas “falas” de muitos Atores Sociais.

Aparentemente, falar de vida parece ser um tema simples. Mas, toma-se complexo, como diz Jonas (1999, p. 10) “se esta vida for contemplada como um experimento com apostas e riscos crescentes, que na liberdade do homem, cheia de perigo, pode levar tanto a

catástrofe como ao êxito”. Esta perspectiva de vida está inserida na magnitude do problema do uso indiscriminado de antibióticos, a resistência bacteriana e a infecção hospitalar.

Enfim, a vida na sua complexidade de ser vivida é desfolhada e plantada todo dia e todo instante, é um refazer fazendo vida, é o viver para (re) conquistar a vida, é querer perpetuar a vida, objetivando também a integridade das gerações vindouras.

É o tecer a vida entre o sagrado/profano, saúde/doença, biológico/sociocultural, cuidado/descuido, responsabilidade/negligência, degradação meio ambiente/preservação biosfera.

Assim, a obrigação de cuidar da própria vida está contida, também, no cuidado da prevenção e da preservação da vida presente e da vida de nossos descendentes, como parte do “bem intrínseco” da ética da responsabilidade.

O princípio vida é o bem concreto!

Assim, evoca-se o imperativo de Hans Jonas (1995, p. 40): “incluí em tua escolha presente, como objeto de também de teu querer, a futura integridade do homem”.

Termina-se a análise deste tópico *Qual o significado de vida para você* com esta pequena história (autor desconhecido):

Em uma vila da Grécia, vivia um sábio famoso por saber sempre a resposta para todas as perguntas que lhe fossem feitas. Um dia, um jovem adolescente, conversando com um amigo, disse: eu acho que sei como enganar o velho sábio, Vou pegar um passarinho e o levarei, dentro de minha mão até o sábio. Então perguntarei a ele se o passarinho está vivo ou morto. Se ele disser que está vivo, espremo o passarinho, mato-o e deixo-o cair no chão; mas se ele disser que está morto, abro a mão e o deixo voar.

Assim, o jovem chegou perto do sábio e fez a pergunta: sábio, o passarinho em minha mão está vivo ou morto?”.

O sábio olhou para o rapaz, ficou uns segundos em silêncio, e a seguir disse: Meu jovem, a resposta está em suas mãos.

Fazendo uma analogia desta história com os aspectos dos riscos de vida em relação ao uso indiscriminado de antibióticos, a resistência bacteriana e a infecção hospitalar, comenta-se: não poderia ser o jovem adolescente **o profissional de saúde? O** passarinho não poderia representar a **vida do paciente?** Não estaria a resposta “ser responsável ou não” nas mãos do profissional de saúde? Aquele que cuida de vidas alheias? A prática do **uso prudente de antibióticos**, para freiar o problema da resistência, não é ter responsabilidade com a vida presente e das gerações futuras? Finalmente, o “**velho sábio**” não poderia representar os princípios norteadores da ética da responsabilidade?

Uma reflexão-crítica pode transformar os sonhos em realidades! A visão em ação!. Para começar basta o primeiro passo, que unido a muito outros diferentes passos tomam a esperança num “ato coletivo”.

Profissionais de saúde, a resposta para o Controle da Infecção Hospitalar e do Controle da Resistência Bacteriana está nas mãos responsáveis!

Cabe neste momento resgatar um dos imperativos deste estudo:

Tome a vida do paciente nas próprias mãos de tal modo que os efeitos do teu cuidado responsável venham permitir a continuidade de uma vida humana autêntica na terra.

Termina-se com o seguinte pensamento do “sábio” Hans Jonas (1995, p.232): “a ética da responsabilidade, ética de urgência para o futuro ameaçado tem que converter o “sim” ao ser que para os homens se converterá em obrigação para com o conjunto das coisas - em um ato coletivo”

No Quadro 55, abaixo apresentam-se as unidades de significados sobre ética da responsabilidade.

Quadro 55 - Para Hans Jonas, a ética da responsabilidade implica no “Sim a Vida” e sua continuidade futura. Qual o significado de vida para você?

Categoria Analítica: Conhecimento

Suticategoria: Ética da responsabilidade

Unidades de Significados: Falas dos Atores Sociais

- Vida é tudo, não existiria ser humano se não tivesse vida
- Vida é um presente de Deus, único e a gente tem que aproveitar o máximo.
- Vida é essa vivência, é interagir com o meio ambiente estar ciente de suas responsabilidades.
- Nunca parei para pensar sobre isso[...] . Vida: cada um nasceu com uma quantidade de talentos e temos que multiplicar..
- Vida para mim é saúde, é alegria.
- Viver é ser feliz, ter saúde, ter qualidade de vida, ter uma vida organizada, ser saudável na vida profissional na saúde mental, enfim é todo um conjunto, não adianta ter vida se a pessoa não tem qualidade de vida.
- Significado da vida para mim é muito amplo, muito profundo[...] envolve o meio ambiente e cidadania, mas para você entender o que é meio ambiente, você tem que respeitar a si próprios e entender o significado da vida de cada um de nós, e a importância que isto tem, a relação que isto tem com todo o sistema vivo.
- Vida: É a única que eu tenho, e a dos outros também.
- A vida que é uma forma de crescer, aprender e engrandecer todo esse elo da criação.
- Tenho pensado muito mas, não tenho teoria precisa, quando falo em vida não relaciono ao viver biológico, mas ao viver com qualidade, com prazer com tesão.
- Vida é ser feliz e se realizar como pessoa.
- Vida é estar bem fisicamente, mentalmente, psicologicamente, estar integrado com o meio ambiente.
- A vida para mim é ser feliz, se manter em paz, cuidar de todas as dimensões física, espiritual, social.
- Vida: é viver bem com saúde, em paz consigo mesmo, alegria, feliz.
- Vida é tudo, é o que move a gente, é o que a gente lida, o relacionamento com outras pessoas é o estar de bem consigo mesmo.
- A vida para mim não se resume em estar aqui, o objetivo de vida para mim é a felicidade, para atingir a felicidade você deve estar bem financeiramente, no lar, no trabalho, em geral, porque se não vem a doença, agora quem é feliz, o objetivo é ser feliz.
- Vida é saúde, se não tem saúde não adianta nada, pode ter tudo de bom, de tudo, mas se não tens saúde[...]
- Vida: ter uma boa qualidade de vida e o que tiver ao meu alcance fazer com que as pessoas também tenham, orientando as pessoas de acordo com meus conhecimentos para que elas também tenham qualidade de vida.
- Vida? É a coisa mais linda que Deus deu para nós e temos obrigação de conservá-la da melhor forma possível, por mais tempo possível.

Os tópicos que emolduraram a entrevista, em conjunto com suas respectivas categorias analíticas, subcategorias e unidades de significados, comentados anteriormente, formam os fundamentos do constructo do “caminho do pensamento”.

Assim, esse movimento entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral constituiu o verdadeiro movimento, hermenêutico-dialético, visando o concreto pensado. Para tanto abre-se no final da entrevista, um espaço para que cada Ator Social pudesse socializar sua expectativa e experiência como co-participadores da construção deste trabalho.

Então, estes profissionais de saúde foram indagados a cerca do seguinte tópico: **Você gostou de ter participado como Ator Social desta pesquisa?**

Todos os Atores Sociais expressaram explicitamente que gostaram de ter participado da entrevista. A maioria absoluta declara a vontade de conhecer os resultados deste estudo, como também de obterem mais informações sobre a ética da responsabilidade.

As principais “falas” continham as seguintes revelações:

Sim achei bem interessante (Ator Social 2).

Gostei muito de ter participado desta pesquisa conhecimento sempre é bom (Ator Social 8).

Fico feliz de alguma forma poder colaborar e gostaria de ter maiores informações sobre a realização deste trabalho e se por ventura vieses a realizar palestras ou algo sobre a responsabilidade de Hans Jonas eu gostaria de participar (Ator Social 24).

Gostei, porque me trouxe esse novo conhecimento, o da ética da responsabilidade (Ator Social 27).

Sim, eu até queria ler um livro de Hans Jonas (Ator Social 6).

Na verdade eu, é que deveria de agradecer, por que tive a oportunidade de participar deste teu trabalho importante, gostei e estou ansiosa pelo restiltado (Ator Social 26).

Adorei, achei este trabalho extremamente importante para nós que trabalhamos em hospitais (Ator Social 14).

Sim. A sua proposta de pesquisa é válida, e, parabenido você e seu orientador pelo seu trabalho (Ator Social 5).

Sim, com certeza, sou uma pessoa curiosa. Gostei muito, pude conhecer Hans Jonas, a hermenêutica também, enfim valeu a pena[...] Teve coisas novas (Ator Social 23).

Contribuiu sim, não é questão de reflexão, mas as vezes as pessoas precisam ter vontade de se conscientizar ainda mais (Ator Social 28).

Sim, eu achava que sabia bastante sobre infecção hospitalar, mas não conhecia esse autor Hans Jonas (Ator Social 17).

Gostei muito de ter participado da pesquisa e principalmente ter conhecido a perspectiva da ética da responsabilidade de Hans Jonas (Ator Social 15).

Gostei, refleti bastante porque muita coisa a gente esquece (Ator Social 3).

Gostei, foi válida e eu quero saber mais sobre o resultado e conhecer este filósofo (Ator Social 19).

Sim, me trouxe mudança de conhecimento eu vou ter outra postura pensando no futuro que aprendi, com Hans Jonas, através de teu trabalho, eu nunca tinha pensado nisso, nem lido nada a respeito desta ética da responsabilidade (Ator Social 27)

Sim gostei muito, o tema é de relevância (Ator Social 8).

Sim.É essencial para a enfermagem, para os demais profissionais de saúde e para nossa vida (Ator Social 26).

Muito Interessante. Você levanta um monte de aspectos que as vezes não se fala muito[...] e a partir daí ver como está a realidade e[...] mudar alguma coisa (Ator Social 16).

Além dos depoimentos, sinteticamente descritos acima, destaca-se a seguir, mais estes dois pontos de vistas:

Gostei muito de ter participado desta pesquisa e acho até que ela deveria ser bastante divulgada. Pois, esse trabalho ao ser divulgado vai influenciar nesta mudança em relação a ética da responsabilidade, as ações presentes voltada, também, para o sucesso do futuro (Ator Social 22).

Com certeza, o que me chamou a minha atenção, neste teu estudo, foi a forma como o pensamento de Hans Jonas pode ser aplicado no controle da infecção hospitalar e a resistência bacteriana, a gente é muito imediatista, ele, é mais futurista[...] . isto me ampliou para a vida (Ator social 12).

Esta interação ocorrida entre pesquisador/pesquisado resultou na compreensão específica de entender e refletir sobre a problemática deste estudo e, trás consigo uma significação profunda do concreto pensado, que foi consequência do movimento totalizador dos passos metodológicos desenvolvidos neste estudo.

As declarações dos Atores Sociais de sentir-se satisfeitos por serem co-participadores deste estudo, e do interesse de conhecer mais profundamente sobre a ética da responsabilidade, desvela a moderação responsável (possessão da sabedoria) destes profissionais de saúde. Pois, segundo Jonas (1995, p,56) “ante o potencial quase escatológico de nossos processos técnicos, a ignorância das consequências últimas será em si mesma razão suficiente para uma moderação responsável, que é o maior, trás a possessão da sabedoria”.

Pode-se deduzir pelas “falas” dos Atores Sociais, que a experiência da entrevista foi positiva, trouxe contribuições pessoais e despertou o interesse sobre a ética da responsabilidade no contexto do problema que fundamenta o presente estudo. Os significados apreendidos nos relatos dos atores sociais também desvelam o despertar para o compromisso social na busca urgente de soluções cada um fazendo a sua parte.

Para Jonas (1994, p.34), no novo papel do saber na moral, “o saber se converte em um dever urgente, que transcende todo o que anteriormente se exigiu dele: o saber há de ser igual escala que a extinção casual de nossas ações”.

Cabe aos atores sociais deste estudo, converter o saber, “da problemática do uso indiscriminado de antibióticos/resistência bacteriana/ infecção hospitalar” em um dever urgente do construir o caminho da Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos, em tal escala como a emergência das bactérias resistentes.

Enfatiza-se que a participação espontânea e dinâmica dos Atores Sociais neste trabalho constituiu de fato o ponto alto deste trabalho.

O panorama recém descrito, da análise e discussão dos dados, dá uma visão geral da interpretação aproximada da realidade projetada pelos Atores Sociais a respeito da temática balizadora deste estudo.

Assim, as “falas” devidamente destacadas e analisadas, no contexto de cada tópico abordado, permitiram entender os significados dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas.

Contudo, destaca-se que, dentre os diferentes relatos dos Atores Sociais, alguns continham significados muito importantes. Significados estes impregnados do concreto pensado do Ator Social, oriundo do movimento totalizador, pesquisador/pesquisado, objeto, sujeito do conhecimento e as próprias interrogações inerentes do processo desta pesquisa qualitativa.

Então, a partir da releitura da análise e discussão dos dados, novos conhecimentos emergiram abrindo um espaço para fazer-se uma reflexão sobre os mesmos.

9 CONHECIMENTOS EMERGIDOS

Importa lembrar que as áreas do conhecimento investigadas no presente trabalho recaem nos tópicos que abrangem a infecção hospitalar, a resistência bacteriana, o uso indiscriminado dos antibióticos à luz da ética da responsabilidade. Outrossim, salienta-se que, no percurso empreendido “no caminho do pensamento”, determinados conhecimentos emergem das “falas” dos Atores Sociais. Este é o tópico a ser abordado neste momento.

9.1 Da infecção hospitalar

Da análise do significado de infecção hospitalar para os diversos Atores Sociais dois aspectos merecem ser destacados. Primeiro, a maioria dos Atores Sociais conhece o significado de infecção hospitalar. Entretanto, alguns não sabem o significado, mas sim conhecem os fatores predisponentes da mesma. Assim, todos possuem noção de infecção hospitalar. Aqui fica a indagação: quem está mais apto para o promover o Controle da Infecção Hospitalar (CIH), aqueles profissionais de saúde que sabem defini-la ou aqueles que conhecem seus fatores predisponentes? Se todos possuem uma noção de infecção hospitalar, por que ela continua a ser causa de altas taxas de morbidade e mortalidade?

O segundo aspecto diz respeito à consciência de poucos Atores Sociais de que o problema da infecção, dita hospitalar, já está preocupando o setor de “home-care” ou do tratamento em casa, em função da sua ocorrência nesse nível. Pela relevância deste conhecimento emergido, cabe fazer alguns questionamentos: Será que o aumento do número de pacientes tratados fora do hospital, isto é, em casa (“home-care”), não irá agravar ainda mais o dramático quadro da emergência das resistências bacterianas, que já vem acontecendo

no meio hospitalar e nas comunidades? Este sistema de “home-care” tem se preocupado em utilizar métodos de vigilância epidemiológicos para controlar casos de infecção adquirida a domicílio e a emergência de bactérias resistentes? Existe no sistema “home-care” a preocupação do monitoramento de antibióticos?

É oportuno salientar que o significado da gravidade do problema da infecção hospitalar, nos nossos dias, é perfeitamente entendido por todos os Atores Sociais. Esta gravidade foi ressaltada nos seguintes termos: -

Uma simples flebite pode levar um paciente a uma septicemia e a morte, e isso acontece com bastante frequência (Astor Social 11[^]).

Contudo, existe uma incoerência nos dados até aqui descritos. Se todos possuem noção sobre o que é Infecção Hospitalar, conhecem a sua gravidade, reconhecem que existe necessidade de atualização dos conhecimentos teórico/prático e sabem como minimizar suas taxas de morbidade mortalidade, por que então não se consegue diminuir os índices de IH? Se os Atores Sociais estão a par da gravidade da IH, então, por que seu controle ainda não atingiu o nível satisfatório?

Observa-se que a maioria dos profissionais de saúde, levados a refletir sobre o porque da IH continuar sendo a causa de altas taxas de mortalidade em todo o mundo, os mesmos apontaram direta e indiretamente, **a falta de conhecimento, a falta de educação continuada e a falta de responsabilidade**. Outro motivo enfatizado foi *“ter o conhecimento, mas não seguir as orientações das devidas medidas de assepsia”*. Esta consideração leva a crer que conhecimento deve estar sempre associado a atitudes de responsabilidade para que ocorra efetivamente o CIH, inclusive no setor de atendimento em casa (home care).

Contudo, a maioria absoluta dos Atores Sociais entende que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é o setor responsável pela vigilância epidemiológica, controle do uso dos antibióticos e dos aspectos educacionais a respeito destes tópicos. Todos, também, destacam que a atuação da CCIH junto à unidade é muito importante. Campanhas educativas, promovidas pela CCIH, são importantes para estimular e motivar a promoção da higiene das mãos e/ ou outras medidas relacionadas com a cadeia asséptica para o CIH.

Interessante ressaltar que a CCIH emerge, como um setor hospitalar muito respeitado e que tem um papel de destaque na promoção e motivação do CIH, segundo depoimentos dos Atores Sociais.

Contudo, para determinados Atores Sociais estas **campanhas não conseguem sensibilizar nem mudar as atitudes arraigadas de profissionais de saúde com mais tempo de experiência**. Declaram que os mesmos **resistem** em adotar determinadas medidas favoráveis à manutenção da cadeia asséptica tais como; uso de máscaras, de avental externo e luvas. Este agir inadequado e irresponsável destes profissionais contribuem em muito para a manutenção da problemática da ffl. *“Lavar as mãos é importante e pode parecer óbvio, mas é justamente no óbvio que as coisas se perdem, são esquecidas, e os resultados são desastrosos em relação ao CIH”*. Este pensamento de um dos Atores Sociais **demonstra o quanto a responsabilidade é fundamental no processo do CIH**. O conhecimento teórico/prático é fundamental, mas tem que estar intimamente associada ao senso de responsabilidade.

A maioria dos Atores Sociais considera que **existe esperança** de que as campanhas educativas, com o passar do tempo, venham solidificar cada vez mais as medidas para efetivar o CIH. Contudo, outros sinalizam que **não possuem esperança nenhuma**, por não acreditarem que simples campanhas de CIH venham efetivamente causar mudanças de comportamento. Acreditam, sim, que a solução do controle da IH está na **educação continuada**.

Evidencia-se que, durante o desenvolvimento da entrevista, a **falta da educação continuada** emerge insistentemente entre os profissionais de saúde como uma das causas da ocorrência do problema do uso indiscriminado de antibióticos ou da resistência bacteriana ou ainda da infecção hospitalar. Isto desvela a premente necessidade de ofertar cursos de atualização para todos os profissionais de saúde, seja de assuntos tecnocientíficos e de ética.

Para alguns Atores Sociais, **não é possível controlar completamente a infecção hospitalar**, mas, consideram que é possível minimizar sua ocorrência, com a colaboração de todos os profissionais da área da saúde, principalmente se houver entre eles mais conhecimento, ou um maior esclarecimento sobre os riscos do **uso indiscriminado de antibióticos** e, assim, evitar a emergência de amostras resistentes ou a ampliação do espectro dessa resistência. Entretanto, consideram que a **lavagem das mãos** e as **medidas de higiene contribuem para diminuir drasticamente a IH**. Consideram, também, importantes, que no início do ensino de graduação devem existir conteúdos dirigidos para este tópico, não só do problema da higiene, como do uso prudente dos antibióticos e também dos seus aspectos éticos.

Segundo a maioria dos Atores Sociais **a dificuldade do Controle da Infecção Hospitalar** se deve, entre outros fatores, **à falta de conhecimento, à negligência dos**

profissionais de saúde^ além de outros como **excesso de trabalho, falta de material, lugar inadequado para lavar as mãos e a rotina diária**. Como conseguir baixar os índices de infecção hospitalar, se a própria instituição não oferece condições adequadas de trabalho?

Será que esta negligência mencionada pelos atores sociais, não é falta de responsabilidade? Esta negligência, atribuída aos profissionais de saúde, em relação ao CIH, pode ser interpretada como falta de conhecimento ético ou falta de conhecimento científico? Será que os conhecimentos teóricos e práticos, apreendidos nos cursos de graduação, não estão sendo suficientes? Este agir negligente dos profissionais de saúde no CIH deve ou não ser examinado à luz da ética da responsabilidade?

Na visão de Jonas (1994, p.34), “em tais circunstâncias o saber se converte em um dever urgente, que transcende todo o que anteriormente se exigiu dele, o saber há de ser igual a escala que a extensão causai de nossas ações”. Qual é a extensão causai das ações dos profissionais de saúde, acima mencionadas?

9.2 Da resistência bacteriana

O segundo tópico de investigação do presente trabalho aborda o significado da **resistência bacteriana** e como este problema é entendido pelos Atores Sociais. A maioria dos profissionais de saúde, partícipes deste trabalho, não entendem o significado da resistência bacteriana e confundiram mecanismos de resistência com pressão seletiva do antibiótico.

Também o **fenômeno da aquisição da resistência bacteriana aos antibióticos** não é compreendido pela maioria dos Atores Sociais, somente a minoria tem conhecimento.

Talvez, aqui, neste desconhecimento do fenômeno da aquisição da resistência bacteriana aos antibióticos, **resida um dos facilitadores do uso indiscriminado dos antibióticos**. Eis que não sabem que o uso indiscriminado dos antibióticos significa uma alta pressão seletiva traduzida pela morte das bactérias sensíveis com a seleção das resistentes.

Este fato é surpreendente, uma vez que todos os Atores Sociais trabalham num Hospital Escola e muitos deles são docentes de ensino superior.

Alguns Atores Sociais, partícipes deste estudo, relatam que **os profissionais de saúde sabem relacionar a resistência das bactérias à problemática da infecção hospitalar**, por outro lado, declaram, também, que a minoria não consegue estabelecer aquela relação. Porém, destaca-se que a maioria dos Atores Sociais **não sabia que o problema da resistência**

bacteriana, pelo seu impacto em nível mundial, é considerado uma “doença social”. Esta revelação não foi surpreendente, uma vez que os mesmos estão desatualizados em relação ao problema da resistência bacteriana.

Isto até explica, mas não justifica! Diante da falta de conhecimento dos Atores Sociais ou por eles não saberem determinar as causas científicas do problema da resistência bacteriana pergunta-se: Haverá, entre os Atores Sociais, a preocupação de buscar subsídios científicos para implementar seu agir no sentido de controlar a resistência bacteriana nas suas respectivas unidades de serviço?

9.3 Do uso indiscriminado de antibióticos

Felizmente, os Atores Sociais unanimemente consideram possível adotar o **uso prudente dos antibióticos** na prática assistencial e compreendem a diferença que existe entre o uso empírico e indiscriminado dos antibióticos.

Expressaram o seu **temor em relação ao uso indiscriminado dos antibióticos e ao aumento do número de amostras de bactérias multiresistentes.** O temor principal[^], segundo expressão de um dos Atores Sociais, é que “um dia não vai ter mais antibióticos para combater essas bactérias, daí, portanto, a humanidade vai estar exposta a qualquer infecção[...] uma ameaça de extinção da raça humana”. Este temor tem a ver com o sentimento de responsabilidade pela vida dos seus pacientes expressados unanimemente pelos Atores Sociais.

Sobre o uso indiscriminado dos antibióticos, os Atores Sociais consideram ser a **falta de conhecimento e de consciência** para tal prática, que resulta no aumento do número de amostras resistentes. Alguns Atores Sociais **culpam a Indústria Farmacêutica** como a vilã da questão em foco, pois começam a doutrinar os estudantes, principalmente de medicina, desde as primeiras fases, oferecendo vários benefícios, como viagens para conhecer o laboratório deles no país de origem e outros. Eis que emerge, neste estudo, um novo conhecimento, a relevância da Indústria Farmacêutica, no uso indiscriminado de antibióticos. Uma perspectiva que os Atores Sociais conseguem expressar de modo genuíno e como é por eles percebido: “indústria farmacêutica”.

Para a maioria, dos Atores Sociais, **a educação continuada é o caminho para diminuir o uso indiscriminado de antibióticos e, conseqüentemente, o número de**

bactérias resistentes; outros recomendam a **lavagem das mãos, cuidado e controle dos procedimentos invasivos, o uso prudente de antibióticos, incluído aí o seu preparo em ambiente próprio.**

Muitos Atores Sociais pensam que no futuro poderá ocorrer mudança de atitude dos profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos, embora reconheçam que existirá resistência para tal.

9.4 Da lavagem das mãos

A respeito da **lavagem das mãos**, observou-se que a maioria dos Atores Sociais tem o hábito de lavar as mãos antes e depois do contato com o paciente. Alguns ainda incentivam seus colegas em relação a esta prática. Lavar as mãos para outros é uma coisa que se aprende com educação. Outros alegam que o **descuido** e / ou a **negligência** da lavagem das mãos **já está sendo percebido pelo próprio paciente.** Emerge um novo conhecimento: pacientes atentos aos cuidados prestados pelo profissional de saúde. Se o profissional de saúde for vigiado pelo paciente, ele irá se preocupar em adotar, na sua prática assistencial, o hábito da lavagem das mãos, antes e depois?

O descuido ou a negligência na lavagem das mãos significa para certos Atores Sociais **falta de conhecimento, de cuidado, sem preocupação, e desleixo de agir com responsabilidade.**

Contudo, a maioria dos Atores Sociais aponta como **causa principal da negligência a irresponsabilidade dos mesmos.** É importante ressaltar que esta negligência pode ser o resultado de falta de condições materiais para a prática da lavagem das mãos, tais como ausência de pias ou outra condição para facilitar a desinfecção das mãos. Entretanto, para outros, às vezes, as condições materiais estão presentes, mas **os profissionais de saúde não querem perder tempo** (tempo é dinheiro) e isto caracteriza, sobretudo, realmente **falta de responsabilidade.**

Esta falta de responsabilidade ainda é agravada pelo fato de que a **maioria dos Atores Sociais conhece a recomendação do Center for Disease Control (CDC) para a prática da lavagem das mãos** como um meio de diminuir a emergência de amostras resistentes aos antibióticos. Este dado é importante, pois, se a maioria dos Atores Sociais está informada sobre a importância da lavagem das mãos, apregoada pela CDC, por que os mesmos não

estimulam aqueles outros profissionais que são negligentes em praticar tal medida? O que lhes falta? Coragem? Tempo? Ou responsabilidade?

A existência de profissionais de saúde que negligenciam a lavagem das mãos constitui um temor muito grande o qual foi expresso por muitos Atores Sociais. **O temor de que o arsenal atual de antibióticos se esgote a tal ponto de colocar em perigo, no futuro, a existência do homem** em face da emergência de bactérias multiresistentes aos antibióticos e, principalmente, resistentes a todos os existentes.

Para alguns Atores Sociais o temor, em relação ao significativo número de profissionais de saúde que **negligenciam a lavagem das mãos e usam indiscriminadamente os antibióticos**, pode se transformar em **raiva e tristeza** frente à irresponsabilidade daqueles.

Evidencia-se ainda que a maioria dos Atores Sociais afirma que **os profissionais de saúde não demonstram terem preocupação com a infecção hospitalar.**

Eles não têm preocupação, pois se tivessem, lavariam as mãos.

Outros concordam em gênero e número com Hans Jonas (1994, p. 3 5 7) “a responsabilidade é o cuidado reconhecido como dever, por outro ser, cuidado que, dada a ameaça de sua vulnerabilidade se converte em preocupação”. Acreditam que eles (os profissionais de saúde) não relacionam a “cuidado-preocupação” da lavagem das mãos com a infecção hospitalar. “Eles não acham que vão ser capazes de provocar a morte de alguma pessoa por não lavar as mãos”. Este surpreendente relato desvela a gravidade da IH e o quanto o profissional de saúde é responsável por aquilo que faz ou deixa de fazer para o Controle da Infecção Hospitalar.

A interpretação dos Atores Sociais sobre a **conduta de profissionais de saúde que são descuidados com a lavagem das mãos e fazem uso indiscriminado de antibióticos**, para a maioria significa **falta de ética**; outros relacionam com o fator comportamental a **ignorância /desconhecimento** ou **ter conhecimento, mas têm preguiça de lavar as mãos**, para alguns estes profissionais de saúde são **negligentes, antiéticos, irresponsáveis, descuidados.**

Não têm preocupação com a vida dos pacientes, são suicidas (sic) na verdade.

Os dados obtidos demonstram a fi-agilidade e a vulnerabilidade dos serviços de saúde. Significa que a conduta de profissionais de saúde que são descuidados com a lavagem das mãos e fazem uso indiscriminado de antibióticos precisa ser examinada à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas.

Segundo Jonas (1994 p.34): “o reconhecimento da ignorância será, pois, o reverso do dever de saber e, deste modo, será uma parte da ética; esta tem que dar instruções cada vez mais necessárias a autovigilância de nosso desmesurado poder”.

Alguns Atores Sociais expressaram **não ter esperança** de que a prática da lavagem das mãos venha ocorrer num futuro próximo:

A gente que trabalha nesta instituição vê que isso ainda está distante, imagine nos outros lugaresf...]’.

Porém, a maioria diz **ter esperança** que esta medida venha ser incorporada na práxis dos profissionais de saúde. Para estes Atores Sociais, a ponte da esperança está **no bom trabalho e no estímulo da CCIH, no ensino de graduação que tem reforçado a importância da lavagem das mãos e da educação continuada**. Estas informações são de suma importância e representam um conjunto educativo de atos, de ações e de conhecimentos que vêm dignificar a arte de cuidar. Mais uma vez os Atores Sociais apontam como referência de esperança o bom desempenho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário.

9.5 Da ética da responsabilidade

O **princípio da responsabilidade em relação ao uso dos antibióticos** não é adotado pela maioria absoluta dos profissionais de saúde, segundo afirmam os Atores Sociais deste trabalho. Este fato não causa estranheza, uma vez que os Atores Sociais, partícipes desta pesquisa, ao serem questionados se leram ou ouviram falar a respeito da ética da responsabilidade de Hans Jonas, responderam unanimemente que não. E foram unânimes, também, em relação a terem uma oportunidade de conhecerem a respeito da mesma, através de palestra, por exemplo. Esta vontade expressada pelos Atores Sociais demonstra que eles são receptivos para novos conhecimentos e, assim sendo, abrem espaço para se fomentar estudos conhecimentos éticos.

Constatou-se que a maioria absoluta dos Atores Sociais tem **esperança** que, no futuro, os profissionais de saúde, alertados do perigo do uso indiscriminado dos antibióticos e da resistência bacteriana, associada a este uso, venham a adotar medidas mais rigorosas para o uso dos antibióticos. **Esta esperança está condicionada à educação continuada**, através do acompanhamento da literatura pertinente e, principalmente da mudança de comportamento que vem se processando na assistência hospitalar ao longo dos últimos anos.

Esta **esperança** abrange também, segundo os Atores Sociais, **a conscientização do papel vital que cada profissional de saúde tem no combate as bactérias-antibiótico-resistentes**. Contudo, para que esta esperança se concretize, segundo os Atores Sociais, há necessidade de uma **educação continuada** neste e em outros aspectos relacionados ao uso indiscriminado de antibióticos e ao Controle da Infecção Hospitalar. Emerge, mais uma vez, a importância dada pelos Atores Sociais à educação continuada.

9.6 Da aliança para o uso prudente de antibióticos

A **criação de uma Aliança para o Uso Prudente dos Antibióticos** é considerada pelos Atores Sociais uma realidade a ser trabalhada, que não é utopia e sim o pensar no futuro da humanidade a qual não poderá conviver com a resistência bacteriana: “em que se fizer aliança para o uso prudente dos antibióticos entre os vários hospitais, entre os vários Estados e até Países, esta resistência pode baixar e o antibiótico pode ser usado de maneira mais racional ou prudente”.

Importante, muito importante, é que alguns **consideram utopia se esta aliança não contar com a colaboração da Indústria Farmacêutica**.

Todos os Atores Sociais acham que **o uso indiscriminado de antibióticos realmente se constitui de fato em uma ameaça para a vida presente, bem como para as gerações futuras**.

Poucos Atores Sociais pensam que não existe, entre profissionais do HU, **consciência do perigo** do uso indiscriminado de antibióticos.

No nível subsequente, do desenvolvimento da entrevista, a articulação entre infecção hospitalar, lavagem das mãos, a resistência bacteriana, o uso indiscriminado dos antibióticos. Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos e ética da responsabilidade perpassa pelo entender o significado de valor de vida ou qual é o significado de vida. Este tópico aborda uma das perspectivas importantes no contexto da Ética da Responsabilidade, que, segundo Hans Jonas, é fundamentada na ontologia do ser. Também procurou entender o significado de natureza dos Atores Sociais.

Assim, a maioria dos Atores Sociais reconhece que **é necessário possuir uma idéia ecológica inserida no seu valor de vida** e que a esta é importante englobar a preocupação e a responsabilidade como instrumentos éticos para a preservação das gerações futuras.

Para alguns, Atores Sociais, a vida é um presente ou dom de Deus, para outros por ser única, deve-se resguardá-la e aproveitar o máximo dela. Muitos condicionam a vida à plenitude da saúde, de onde advém o prazer de viver e a felicidade. Para outros, a vida é tudo; é o que move o homem, e, para tê-la, é necessário estar de bem consigo mesmo. Enquanto, para alguns, viver é ter qualidade de vida, ter uma vida organizada, ser saudável na vida profissional, familiar, social. Vida é estar bem fisicamente, mentalmente, psicologicamente e integrado com o meio ambiente.

Embora todos tenham conseguido expressar o seu ponto de vista de vida, ressalta-se que somente uma minoria de Atores Sociais concebeu seus conceitos de vida sob a visão holística-ecológica, e outros conseguiram dimensioná-la no interagir com o meio ambiente e, estar consciente de suas responsabilidades.

Por fim, destaca-se que nenhum Ator Social definiu a vida, tendo como base a dimensão da preocupação da preservação da vida das gerações futuras.

Por unanimidade, os Atores Sociais concordam que o seu conceito de natureza bate com o de Hans Jonas, pois: “*o homem é um ser racional, as bactérias agem pelo seu instinto, então o homem tanto tem a capacidade de destruir como tem a capacidade de curar*”

Não foi surpresa constatar que os Atores Sociais, em bloco, se consideram **agentes de transformação** em relação ao seu papel como “um cuidador de vidas alheias”, um ser humano que trabalha para viver e vive cuidando de outras vidas.

Na sua totalidade, os Atores Sociais **consideram de suma importância se adotar na prática assistencial uma postura ética voltada para o futuro**, em relação a resistência bacteriana, como a ética da responsabilidade, proposta por Hans Jonas, pois os mesmos têm um grande **temor** - “*o homem está matando o futuro*” - caso os profissionais de saúde não mudem de atitude e de comportamento em relação ao uso indiscriminado de antibióticos.

Entretanto, são unânimes ao afirmarem que **têm esperança** da postura mais responsável dos profissionais de saúde frente ao uso dos antibióticos.

Segundo a manifestação da maioria dos Atores Sociais, o Hospital Universitário através de sua Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, está apto para fomentar junto aos seus profissionais de saúde a Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos.

Mesmo quando eles são indagados se o HU não tivesse apto para estabelecer a Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos, a maioria dos Atores Sociais concorda que a CCIH seria

o Órgão a ser estimulado a tomar as rédeas para o encaminhamento do problema. Mais uma vez, fica evidente a importância da “força trabalho” da CCIH no contexto do controle do uso indiscriminado de antibióticos. “Uma das funções mais valorizadas da CCIH é a promoção do uso racional de antimicrobianos”.(Grinbaum, 2000, p.66).

Por outro lado, em auxílio ao papel da CCIH, a maioria dos Atores Sociais estão **dispostos a discutir com seus colegas, alunos e funcionários sobre a importância do uso indiscriminado dos antibióticos**. Esta disponibilidade é muito importante, uma vez que os Atores Sociais conhecem profissionais que fazem uso indiscriminado de antibióticos, pois os mesmos declaram que conhecem profissionais de saúde que não estão preocupados com a qualidade de vida dos pacientes ou em preservar a vida das gerações futuras.

Os Atores Sociais enfatizam que **o protocolo de uso dos antibióticos** deve ser mais difundido e valorizado pela CCIH, pois há Atores Sociais que declararam desconhecer a existência de um para normatizar o uso de antibióticos.

Um conhecimento que emergiu, neste trabalho, foi a questão abordada sobre a importância da formação profissional e do papel da Universidade em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar.

A questão da formação profissional e o papel da Universidade foi bem rica em pensamentos e sugestões por parte dos Atores Sociais.

Basicamente, pensam que a Universidade é a responsável pela formação básica e profissional. E esta formação tem que ser de bom nível.

Os conteúdos sobre infecção hospitalar, uso indiscriminado de antibióticos e a resistência bacteriana devem ser tratados com mais profundidade, ainda, na graduação.

Todas as informações sobre essa problemática devem ser exaustivamente discutidas, porque, como destaca um ator social; “é com os conhecimentos adquiridos no curso de graduação que eles (profissionais de saúde, residentes e estudantes) entram no hospital fazendo corretamente ou agindo sem responsabilidade”.

A questão dos antibióticos, em relação ao uso indiscriminado e a resistência bacteriana, deve ser informada também para o paciente, familiares, comunidade e, para alguns Atores Sociais, a Universidade é responsável por isso. A Universidade “tem que mostrar para eles (pacientes e familiares) o valor da prevenção[...] e o cuidado com as gerações futuras”.

Por outro lado, pensam que “os conteúdos de Microbiologia, principalmente os relacionados a este trabalho, são ministrados muito precocemente e são esquecidos antes de chegar na fase profissionalizante”.

Alguns Atores Sociais são honestos para dizer que “a Universidade te dá à base e tu tens que correr atrás, quando tu te formas a responsabilidade é tua”. “A pessoa tem que estar sempre atualizada. É dinâmico, porque o conhecimento é dinâmico, Se o camarada ficar que nem uma pedra lá e não mudar[...] Deus o livre”.

Importa lembrar que, ao longo do desenvolvimento da entrevista, com os Atores Sociais, emergiu de maneira surpreendente e enfática a necessidade da educação continuada, a tal ponto, que a própria entrevista foi considerada pela maioria deles ter papel educativo. Ora, se a entrevista teve este papel dá para se especular sobre o resultado promissor e positivo de atos educativos com a comunidade de profissionais de saúde do Hospital Universitário.

10 CONTRADIÇÕES OBSERVADAS

A metodologia deste estudo permite verificar certas contradições existentes nas “falas” dos Atores Sociais em relação uso indiscriminado de antibióticos, a resistência bacteriana e a infecção hospitalar. Destacam-se algumas delas:

- Sabem o que é infecção hospitalar mas, convivem com as altas taxas de IH
- Conhecem e sabem da importância da lavagem das mãos, porém na prática esta medida é negligenciada.
- Reconhecem a negligência, o descuido com o controle da infecção hospitalar e do controle de amostras resistentes, todavia, não são enfáticos nas atitudes responsáveis para minimizar estes riscos.
- A CCIH promove campanhas educativas, contudo a mudança de comportamento dos profissionais de saúde é pouco efetiva.
- Embora, a CCIH promova campanhas educativas, da lavagem das mãos, a adesão a esta medida é pouco efetiva.
- A indústria farmacêutica estimula o uso de antibióticos, principalmente os de última geração, porém na prática a CCIH recomenda o rodízio dos mesmos.
- Reconhecem os riscos inerentes ao uso indiscriminado de antibióticos porém, o uso dos mesmos carece de prudência.

Evidencia-se todavia, que dada a complexidade das contradições, o limite de tempo e abrangência deste estudo, não foi possível discutir as “falas” suas relações, ambigüidades e contradições, sugerindo-se estudos posteriores sobre cada uma delas na sua devida abrangência e profundidade.

11 ABRINDO A CAIXA DE PANDORA

As religiões da Grécia e da Roma antiga desapareceram. Mas o legado de seus mitos e heróis continua presente até os nossos dias. Os arquétipos da rica e vasta Mitologia grega são figuras representadas por deuses, titãs e mortais. As suas fábulas e mitos sempre desvelam mensagens construtivas para o ser humano.

Baseado num texto escrito por Wilkinson (2001), conta-se que o deus Prometeu era um protetor especial da humanidade. Quando Zeus e os homens se encontraram para partilhar comida, Prometeu tramou para que Zeus levasse os ossos e deixasse a carne para os homens. Zeus reagiu tirando o fogo da terra. Mas, Prometeu foi até a forja de Hefáistos e roubou um pouco de fogo para os humanos. Ele também os ensinou a usá-lo para trabalhar metais.

Em retaliação pelo roubo do fogo, Zeus pediu a Hefáistos que fizesse com barro a primeira mulher, Pandora. Zeus presenteou Pandora com uma caixa e a enviou para a Terra, onde se casou com Epímeteu. Curiosa, Pandora abriu a caixa e todos os males da humanidade escaparam de dentro dela. Quando ela a fechou de novo, só restava lá dentro a Esperança. Este mito vem reafirmar que sejam quais forem os males que nos ameacem, a esperança não nos deixa inteiramente e, enquanto a tivermos, nenhum mal nos tomará inteiramente desgraçados.

A partir desta fábula-mito sobre Pandora, pode-se fazer uma analogia entre os males da humanidade que escaparam da Caixa original com os significados das *“falas”* que escaparam da *“Caixa de Pandora”* dos Atores Sociais.

A entrevista, como instrumento de comunicação, conseguiu despertar o interesse e a curiosidade de cada Ator Social acerca do tema abordado, neste estudo, e os levou a abrir a *“Caixa de Pandora”*. E, durante o transcorrer da entrevista, eles deixaram escapar de dentro

dela, todas as suas angústias, temores, expectativas de vida, preocupação com a elevada taxa de morbidade e mortalidade por IH, com a gravidade, percebida e contestada, com o uso indiscriminado de antibiótico, com a gravidade e impacto da resistência bacteriana no meio hospitalar, as dificuldades e negligências da lavagem das mãos, com a resistência de certos profissionais de saúde em relação às medidas de CIIH. Deixaram escapar também, da "*Caixa de Pandora*", o poder político-econômico da indústria farmacêutica sobre a classe médica, o manter a vida de pacientes a qualquer custo na UTI, as inadequadas condições de trabalho, a falta de conhecimento teórico/prático, a irresponsabilidade, a falta de educação continuada, os descuidos e negligências em relação ao uso indiscriminado de antibióticos/resistência bacteriana/infecção hospitalar. Escapou, ainda, a visão da ameaça para a vida presente e das gerações futuras do uso indiscriminado de antibiótico/resistência bacteriana.

Entretanto, ao término "da arte da sociabilidade social" (entrevista), os Atores Sociais fecharam rapidamente a tampa da "*Caixa de Pandora*" mas, dentro dela fica, ainda a **esperança**.

A **esperança** de que as campanhas educativas promovidas pela CIIH venham mudar o comportamento de profissionais de saúde da prática da lavagem das mãos, para o controle do uso de antibióticos, da resistência bacteriana e da infecção hospitalar, mesmo que seja através de cartazes.

A **esperança** de que, com a motivação da CIIH, ocorra a educação continuada, que o ensino de graduação venha reforçar a importância da lavagem das mãos e do uso racional de antibióticos.

A **esperança** de que os profissionais de saúde venham conhecer a ética da responsabilidade voltada ao futuro, de Hans Jonas, e sensibilizados com o novo conhecimento ético, eles venham adotar uma postura mais responsável frente ao uso de antibióticos, minimizando o fenômeno da resistência bacteriana.

A **esperança** da concretização consciente e responsável do pacto da Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos entre todos os profissionais de saúde, em nível local, nacional e internacional.

O significado de **esperança** contida nas "falas" dos Atores Sociais **não é uma utopia**. É uma **esperança** construída, alicerçada na concretude da convivência adquirida do trabalho, do cotidiano, da prática assistencial hospitalar.

É a esperança que está ancorada na condição (da ação dos atores sociais) do cuidar de vidas alheias, de ser um agente de transformação, de sentir-se responsável por cada paciente.

É a esperança que pressupõe a possibilidade de fazer algo e aposta fazê-lo, neste caso, específico, aderir e fazer os outros profissionais de saúde, também, aderirem ao uso prudente de antibióticos para minimizar a resistência bacteriana e o controle da infecção hospitalar.

12 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Partindo da análise crítica-reflexiva dos conhecimentos emergidos, pode-se deles derivar algumas recomendações ou princípios orientadores. Os princípios orientadores abordados serão os seguintes:

12.1 Educação continuada

Criar um futuro melhor é criar também um melhor modo de ser (PECCEI, 1981)

O perigo de a resistência bacteriana tornar-se um ameaça à supervivência do homem na terra, é sensivelmente demonstrada pelos Atores Sociais. Os mesmos, maciçamente, expressam que a educação continuada se constitui em uma esperança para reverter esta situação, principalmente, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos.

Concretamente, eles desvelam a carência dos profissionais de saúde, de informação científica atualizada. Também desconhecem o Princípio da Responsabilidade para melhor pautar suas práticas assistências em relação ao uso indiscriminado de antibióticos e da resistência bacteriana associadas à problemática da infecção hospitalar.

A insistência da necessidade de uma educação continuada revela também que muitos profissionais de saúde não tiveram oportunidade de reciclar e de atualizar seus conhecimentos adquiridos no curso de graduação, conforme a fala de um Ator Social; *“os conteúdos de Microbiologia, principalmente os relacionados a este trabalho, são ministrados muito precocemente e são esquecidos antes de chegar na fase profissionalizante”*.

De acordo com Carneiro de Leão (2001), *“é necessário investir em muita educação, treinamento e capacitação do pessoal que trabalha na área de saúde, especialmente em*

hospitais, que precisa ser atualizado sobre o problema da resistência bacteriana. De todos os problemas que abrangem a infecção hospitalar e a infectologia, incluindo a AIDS, a questão microbiológica é a mais delicada. Ainda não foi dada a devida atenção para o problema”.

Para Servolo de Medeiros (2001, p. 6), é importante incluir na formação do médico e demais profissionais de saúde a utilização racional de antibióticos, em especial durante a graduação e na residência médica.

A falta de educação continuada, apregoada pelos Atores Sociais, aponta uma falha das universidades por não oferecerem cursos extracurriculares para ex-alunos e para a comunidade em geral. E, na graduação, a falta de uma estrutura curricular de integração de conteúdos de modo e que este conhecimento seja crescente e se consolide no transcorrer da formação acadêmica.

Esta estratégia educacional, através de cursos realizados durante o período de férias escolares, já há muitos anos é aplicada pelas universidades americanas.

Ofertar cursos extras curriculares, de educação continuada, aos profissionais de saúde é um princípio orientador que emergiu da análise das “falas’ dos atores sociais, partícipes deste estudo”.

A educação continuada dos profissionais de saúde é componente crítico para permitir a reorientação do exercício da profissão diante dos desafios emergentes, quer tecnológicos, científicos, quer sociais ou éticos.

O profissional de saúde tem alta responsabilidade, sendo, provavelmente, a maior delas, de acordo com tema deste estudo, o comprometer-se e comprometer todos os demais membros de equipe, no trabalho de busca do uso racional ou prudente de antibióticos, para minimizar a emergência da resistência bacteriana e controlar a infecção hospitalar.

Para Dubos (1972), “a civilização só poderá ser salva se estivermos dispostos a mudar a nossa maneira de viver. Temos de inventar utopias, não necessariamente para transformá-las em realidade, mas para ajustar-nos a formular objetivos humanos válidos”.

12.2 Comissão de controle de infecção hospitalar

Os programas de controle de infecção hospitalar apresentam um espectro evolucionário desde os primeiros que tiveram pouco impacto até programas mais avançados que foram capazes de melhorar significativamente os resultados do controle da infecção hospitalar.

Controlar infecção hospitalar no mundo requer muita criatividade. Sistemas eficazes para o CIH requerem uma infra-estrutura nacional e um altíssimo apoio financeiro.

Segundo Nettleman apud Wenzel (1993), no Brasil o programa de controle de infecção hospitalar começou em 1976 em alguns hospitais. Entretanto, até 1980 apenas 2,3% dos hospitais tinham Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Em 1983, o Ministério da Saúde tinha instituído um programa nacional de treinamento. Quatro anos mais tarde, havia 44 centros de treinamento de CIH, servindo quase 6000 hospitais com aproximadamente 500.000 leitos. Hoje, ainda que o controle de infecção não exista em todas as instituições, hospitais selecionados têm programas eficientes e bem desenvolvidos.

Destaca-se, neste estudo, a importância e valorização que os Atores Sociais atribuem aos serviços prestados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Foi um conhecimento que emergiu de modo bastante contundente durante a interpretação dos dados.

Na verdade, pela interpretação dos significados extraídos das “falas” dos atores Sociais percebe-se que a função da CCIH é muito mais educativa e de orientação do que restritiva. E a maioria considera este setor do HU, uma referência para o controle da IH, quando ao promover campanhas educativas sobre a lavagem das mãos. Alguns atores revelam a visita frequente da CCIH às unidades clínicas, cirúrgicas e UTI, os profissionais se sentem mais seguros.

A respeito do importante papel da CCIH, Grinbaum (2000) comenta que uma das funções mais valorizadas destas Comissões é a promoção do uso racional de antibióticos. O seu principal objetivo é ecológico, que consiste na atuação sobre a microbiota resistente. Os objetivos secundários são a promoção da qualidade de prescrição de antimicrobianos e a racionalização de gastos com os mesmos.

Assim, os princípios orientadores em relação ao desempenho e função da CCIH é que a mesma venha a ser centro da educação continuada dentro da instituição. Recomenda-se que a CCIH divulgue a importância de seu papel no Controle da Infecção Hospitalar, não só junto aos servidores da instituição, mas que seus serviços sejam conhecidos, também, pelos pacientes, familiares e o público em geral. Espera-se que, com o tempo, a restrição ao uso dos antibióticos seja um objetivo de todas os profissionais de saúde e o início da criação da Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos.

12.3 Laboratório de microbiologia

Importa salientar que apenas um Ator Social, quando se manifestou acerca do fenômeno da resistência, associou a importância do laboratório de microbiologia ao problema da resistência bacteriana. Este conhecimento emergido foi expresso nos seguintes termos:

“Nós temos um laboratório de microbiologia muito ruim aqui no HU (Ator Social 11)”.

Entretanto, o Laboratório de Microbiologia do HU isolou de Janeiro a Dezembro de 2000 os seguintes microrganismos; *Escherichia coli* (36,6%), *Staphylococcus aureus* (13,8%), *Klebsiella* sp. (12,7%), *Staphylococcus* coagulase negativo (4,6%), *Enterobacter* sp.(4,6%) e outras (*Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Serratia* sp. e *Candida* sp.) 15,2%. Observa-se, que 50% das cepas identificadas o foram até gênero. Isto pode significar uma simplificação do trabalho ou falta de recursos para realizar a identificação completa.

Contudo, como ressalta Servolo de Medeiros (2001), o Laboratório de Microbiologia é um aliado importante nas decisões da utilização e na escolha correta de um antibiótico. Infelizmente, muitos hospitais brasileiros ainda não se deram conta dessa problemática, pois possuem laboratórios de má qualidade.

Carneiro de Leão (2001) comenta que existe um estudo do Ministério da saúde feito, em 1994 (e não foi repetido até hoje em nível nacional), que mostrou que apenas 10% dos hospitais brasileiros de pequeno e médio porte tinham infecções hospitalares diagnosticadas em laboratório de microbiologia. Portanto, 90% das infecções hospitalares são tratadas com antibióticos, sem a identificação do agente causador, ou seja, empiricamente. Além disso, também é discutível a qualidade dos laboratórios desses 10% de hospitais que diagnosticaram microrganismos resistentes.

Para Grinbaum (2000), o papel do laboratório de microbiologia é de grande importância, desde o momento da detecção e notificação da resistência até a forma de divulgação do antibiograma. Os perfis de sensibilidade elaborados periodicamente poderão induzir o mau uso de antimicrobianos, se divulgados de modo inapropriado, no entanto, são essenciais para o planejamento da estratégia de ação.

Em relação à sensibilidade, das bactérias isoladas no HU, aos antimicrobianos o Boletim Epidemiológico (2000) informa que, neste ano, novamente, em virtude da constante falta de discos nem todos os isolados foram testados para os antimicrobianos recomendados. Desta maneira, nem todos os resultados podem ser considerados significativos por causa da

amostra insuficiente e se forem avaliados somente relatos resumidos dos dados de microbiologia, pode-se não identificar importantes tendências no hospital geral e em unidades específicas.

O Boletim Epidemiológico informa, ainda, que 42,0% dos *Staphylococcus aureus* isolados de infecções adquiridas no HU, em 2000, eram resistentes a Oxacilina, ou seja, eram amostras multiresistentes.

Há dez anos Gontijo, (1991) já declarava que 5% dos hospitais de Belo horizonte não tem microbiologistas e 2% não possuem laboratório de Microbiologia.

Assim, diante deste panorama, o relato que emergiu do Ator Social 11 é bastante significativo para este trabalho, pois a preocupação por ele abordada foi validada pelos estudiosos acima mencionados e permitiu esta reflexão, gerando alguns Princípios Orientadores.

O Princípio Orientador para a problemática do laboratório de microbiologia é dirigido à Administração Geral do HU. Que os diretores administrativos desta instituição venham se preocupar em melhorar e modernizar as instalações do laboratório de Microbiologia, melhorar os seus métodos de diagnóstico e, principalmente, permitir a reciclagem permanente de seu corpo técnico para nivelar

o padrão deste serviço à altura daqueles outros serviços de saúde prestados naquela instituição, os quais por sua excelência foram já merecedores de prêmios estaduais e nacionais. Uma vez dotado de condições de trabalho ideais, a informação gerada para o corpo clínico conterà o perfil da resistência bacteriana do HU, permitindo, assim, o uso dos antimicrobianos de forma adequada.

12.4 Indústria farmacêutica

O papel da indústria farmacêutica é fundamental e imprescindível no processo de cura e tratamento das doenças infecciosas, especialmente aquelas causadas por bactérias. A mesma não só fabrica o arsenal de antibióticos disponíveis no mercado, como também fomenta e financia pesquisas para a descoberta de novos e mais evoluídos agentes antimicrobianos.

Entretanto, como a espada da justiça, a indústria farmacêutica tem dois fios. Pode ser usada para o bem, confeccionando antibióticos de última geração, investindo na pesquisa ou para o mal, quando o jogo do interesse econômico fala mais alto. A consequência deste último

aspecto se faz presente, na pressão cerrada que os representantes da indústria farmacêutica fazem sobre a classe médica mundial para vender o maior número possível de antibióticos. Para isso, a indústria farmacêutica usa a estratégia de marketing para conquistar o seu público alvo, que convencido pelo propagandista passa a prescrever o novo antibiótico deixando de lado o antigo.

Segundo Cardo (2000), “em relação ao uso de antibióticos, muitos colegas são capazes de seguir mais o que o propagandista recomenda do que o que nós orientamos”.

Alguns Atores Sociais fazem referência da força e da influência da indústria farmacêutica sobre os médicos e estudantes de medicina.

Outros, até afirmam que ela é co-partícipe e desencadeadora do problema do uso indiscriminado de antibióticos e suas conseqüências. Para determinados Atores Sociais, este modo de agir da indústria farmacêutica é antiético.

Este conhecimento que emergiu, durante a entrevista, trouxe um alerta muito importante para a classe médica.

Fica difícil estabelecer, aqui, princípios orientadores sobre este tópico, em face de intangibilidade do setor. Entretanto, a classe médica, por estar diretamente vinculada ao problema em tela, deve refletir a respeito deste assunto. Isto não significa que os demais profissionais de saúde devam ficar passivos ou excluídos a tal problemática. Na arte de cuidar, dos profissionais de saúde, cada um faz parte do todo e todos interagem entre si.

Conforme Paulo Freire (1991), “Quanto mais crítico um grupo humano, tanto mais democrático e permeável, em regra. Tanto mais democrático, quanto mais ligado às condições de sua circunstância”.

13 USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS: NOVO REFERENCIAL TEÓRICO/FILOSÓFICO

O homem com seu poder tecnocientífico avassalador e predatório está colocando em risco não só a sua própria sobrevivência como também a das gerações vindouras. Diante de tal situação, Hans Jonas conclama a humanidade a rever o conceito de natureza e adotar uma nova ética, a ética da responsabilidade, orientada ao futuro, isto é, uma ética atual que cuide do futuro, no sentido de proteger nossos descendentes, das conseqüências de nossas ações presentes.

Diante da magnitude destas ameaças, o pensamento de Jonas (1995, p.40), é que novas classes e dimensões de ação, sugeridas pela tecnologia moderna, exigem uma ética da previsão e a responsabilidade ajustada àquelas, uma ética tão nova como as circunstâncias à que se enfrenta. Jonas propõe que este novo tipo de objeto e de ações comporta um **imperativo incondicional**, fundamentado ontologicamente, ou seja, um imperativo que se adapte ao novo tipo de ações humanas e que esteja dirigido ao novo tipo de sujeitos da ação como; *“Age de tal modo que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica na terra”*.

Dirigindo o foco desta visão jonasiana para os problemas do uso indiscriminado de antibióticos e do impacto mundial da resistência bacteriana, associada a infecção hospitalar e relacioná-los a alguns conhecimentos que emergiram da análise e discussão de dados deste trabalho, pode-se dizer que:

a) A maioria dos Atores Sociais considera que os profissionais de saúde não conseguem relacionar o fenômeno uso indiscriminado de antibióticos/resistência bacteriana/ infecção hospitalar.

b) Sobre o uso indiscriminado de antibióticos, os Atores Sociais relatam ser a falta de conhecimento e de consciência para tal prática, que resulta no aumento do número de amostras resistentes.

c) O princípio da responsabilidade, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos, não é adotado pela maioria absoluta de profissionais de saúde, segundo afirmam os Atores Sociais deste trabalho, que evidenciam a negligência, a falta de cuidado (lavagem das mãos, uso de antibiótico sem teste de sensibilidade aos mesmos, falta de compromisso e responsabilidade, procedimentos inadequados no preparo de medicamentos e de técnicas terapêuticas dos profissionais de saúde e falta de condições adequadas de trabalho, dentre outros aspectos.

d) A criação de uma Aliança para Uso Prudente de Antibióticos é considerada pelos Atores Sociais uma realidade a ser trabalhada.

Diante destes relatos e reiterando ser a resistência bacteriana um grave problema de saúde pública, que apresenta altas taxas de morbidade, e elevado custo do tratamento, urge propor-se **um novo referencial teórico/filosófico** com a finalidade de conscientizar todos os profissionais de saúde da importância do seu papel no controle da infecção hospitalar contribua, diminuindo o uso indiscriminado de antibióticos, para minimizar o problema da resistência bacteriana em gerações futuras.

Um referencial teórico /filosófico que albergue, na sua essência, **não só** o conhecimento tecnocientífico atualizado e profundo sobre as causas do uso indiscriminado de antibióticos, a dinâmica da emergência da resistência bacteriana/ infecção hospitalar, mas e também um novo agir preconizado pela ética da responsabilidade. O agir cujos efeitos da ação do profissional de saúde sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica na terra.

O dinamismo cumulativo dos desenvolvimentos tecnocientíficos atribuídos aos antibióticos na cura de doenças infecciosas é inegavelmente, com certeza, uma evolução prodigiosa ocorrida nas últimas décadas, na área da saúde. Contudo, o seu uso indiscriminado, a pressão cumulativa destas drogas, há mais de cinquenta anos, sobre a ecologia bacteriana tem selecionado amostras resistentes consideradas ser, mundialmente, uma seqüela gravíssima e irreversível. Esta situação está pedindo uma ética da responsabilidade que evite, mediante efeitos voluntários, que o poder dos antibióticos leve os homens ao desastre.

Cabe, então, fomentar entre os profissionais de saúde a adoção da **Aliança para o uso Prudente de Antibióticos**. Ela é uma alternativa, um freio, que vem sendo apregoado nos últimos anos pela APUA (Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos) para o controle mundial da resistência bacteriana.

Acredita-se que diante da gravidade e magnitude do problema da emergência das bactérias resistentes uma estratégia a ser adotada pelos profissionais de saúde, para o controle do uso indiscriminado de antibióticos, é o uso prudente de antibióticos na prática assistencial hospitalar.

Porque a escolha da expressão uso **prudente** e não uso **racional**?

Evidencia-se que na literatura científica alguns estudiosos (CASSEL; OSTERHOLM, 1996; HUYCKE et al., 1998; FIDLER, 1998; WEINSTEIN, 2001; LEVY, 2001), da área da saúde, usam tanto uma como a outra expressão.

A prudência, segundo a definição do New International Dictionary (1976), é a sabedoria mostrada no exercício da razão, julgamento, deliberação, premeditação, senso e autocontrole. Prudente é aquele que mostra prudência - uso prudente, uso com cautela, com decisão, com sentido, com responsabilidade.

De acordo com Aurélio (2000, p. 1685), prudência - é a qualidade de quem age comedidamente, buscando evitar tudo que julga fonte de erro ou de dano.

Optou-se pelo termo prudente por se derivar de uma das quatro virtudes cardeais da Antigüidade e da Idade Média - a prudência, sendo as outras a coragem (ou força da alma), a temperança e a justiça. Esta palavra parece remontar ao Século VI a.C. encontramos-la assim em Platão e se toma clássica no estoicismo e mais tarde no pensamento cristão, em especial em santo Ambrósio, santo Agostinho e santo Tomás de Aquino (COMTE-SPONVILLE, 1995,p.316).

Para Comte-Sponville (1995, p.37) “a prudência é a mais esquecida das virtudes cardeais. Para os modernos pertence menos a moral do que à psicologia, menos ao dever do que ao cálculo”.

Assim, para o contexto deste estudo, o uso prudente de antibiótico é evocado para reforçar a atitude de responsabilidade, dos profissionais de saúde, para fi-ear a resistência no sentido da preservação da vida presente e fiitura da humanidade.

É importante resgatar a virtude de prudência neste momento crucial da emergência de cepas de bactéria resistentes. A prudência ou o uso prudente de antibióticos está intrinsecamente vinculada a ética da responsabilidade.

Buscou-se nos escritos do filósofo Comte-Sponville o reforço para a escolha da expressão uso prudente de antibióticos como pano de fundo de um dos pressupostos deste trabalho.

Para Comte-Sponville (1995, p.38), “a ética da responsabilidade quer que respondamos não apenas por nossas intenções ou nossos princípios, mas também pelas consequências de nossos atos, quando possamos prevêê-las. É uma ética da prudência”.

Mais adiante, este mesmo autor (1995, p. 43), diz que

a prudência é essa paradoxal memória do futuro ou, para dizer melhor (pois que a memória, enquanto tal, não é virtude), essa paradoxal e necessária fidelidade ao futuro. Os pais sabem disso e querem preservar o futuro de seus filhos - não para escrevê-los no lugar deles, mas para deixar-lhes o direito e, se possível, dar-lhes os meios deles próprios o escreverem.

Ressalta, ainda, Comte-Sponville (1995, p.38)

que a humanidade também deverá compreender o futuro, se quiser preservar os direitos e as oportunidades de uma humanidade futura. Mais poder, maiores possibilidades. A nossa nimca foi tão pesada; ela pôe em jogo não apenas nossa existência ou a de nossos filhos, mas (devido aos progressos técnicos e seu temível alcance) a da humanidade inteira, pelos séculos dos séculos. A ecologia, por exemplo, está ligada à prudência e é por isso que tem pontos de contato com a moral. Enganar-se-ia quem acreditasse a prudência superada; ela é a mais moderna de nossas virtudes, ou antes, aquela de nossas virtudes que a modernidade toma mais necessária.

Eis porque se usou de modo insistente a expressão “*uso prudente de antibiótico*” ou “*Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos*” quando se tratar de uma atitude ou medida de controle da resistência bacteriana.

Esta Aliança exige uma nova atitude, uma mudança substancial e representativa, a ser urgentemente incorporada ao “agir” de profissionais de saúde para o controle da resistência bacteriana. A Aliança para o Uso Prudente de Antibióticos sinaliza como evitar a propagação e o surgimento de novas amostras resistentes. Desta maneira, o profissional de saúde, que assim agir, fará com que os efeitos de sua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida autêntica na terra.

Esta nova abordagem vista sob à luz da ética da responsabilidade, tem a dimensão e a ressonância de um agir orientado para o futuro.

Se as ameaças causadas pela tecnologia moderna estão exigindo uma revisão do conceito de natureza, conseqüentemente, está exigindo também uma revisão de conhecimento teórico/filosófico do uso indiscriminado de antibióticos.

Assim, na esteira de Hans Jonas, um imperativo que pode se adequar ao novo tipo de ações dos profissionais de saúde e que está dirigido ao novo tipo de sujeitos da ação, neste estudo especialmente os profissionais de saúde, diria algo assim como: ***“tome a vida do paciente nas próprias mãos, de tal modo que os efeitos de teu “cuidado responsável” sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica na terra”***. É introduzir e agregar ao conhecimento tecnocientífico ofertados pelos cursos da graduação da área da saúde das universidades, nas instituições hospitalares e nas diversas modalidades de serviços da saúde a Ética da Responsabilidade. É uma realidade a ser trabalhada junto aos profissionais de saúde!.

Esta é uma das recomendações deste trabalho aos profissionais de saúde que trabalham a arte de cuidar.

“É imprudente ouvir só a moral, e é imoral ser imprudente”. (Comte-Sponville, 1995, p.440).

14 RECOMENDAÇÕES

Os conhecimentos emergidos da análise e discussão de dados, ulteriormente comentados, permitem estabelecer algumas recomendações sobre determinados aspectos do problema em relação ao uso indiscriminado de antibióticos, resistência bacteriana e infecção hospitalar.

Destaca-se abaixo as seguintes recomendações:

- > O uso de antibióticos, pelos médicos e cirurgiões dentistas, deve respeitar as orientações e os devidos cuidados segundo o protocolo ou guia da CCIH.
- > A CCIH, deve dar maior ênfase ao sistema de rodízio de antibióticos para diminuir a pressão destas drogas no ambiente hospitalar.
- > Deve ser dado maior poder de decisão aos farmacêuticos, da farmácia do HU, para que os mesmos de modo responsável possam orientar e controlar o tipo, dosagem a quantidade dos antibióticos solicitados.
- > A disseminação de organismos multirresistentes no ambiente hospitalar, deve ser controlada com a simples e eficiente “lavagem das mãos”.
- > Que as campanhas educativas, promovidas pela CCIH não sejam esporádicas, ao contrário que sejam constantes, isto é, ter um caráter de aprendizagem continuada.
- > A Administração Geral do HU em conjunto com a CCIH e demais equipes multidisciplinares, estudem a possibilidade de introduzir o uso de álcool-gel para a higiene das mãos.

- > Ocorra maior integração ou interação entre os profissionais de saúde, especialmente os médicos e bioquímicos. Que haja intercâmbio e trocas de conhecimentos entre os dois profissionais para melhor compreensão das 4a resistência,
- ^ Que a administração do HÜ envide esforços para melhorar e modernizar as instalações de laboratório de microbiologia.
- > Que a CCIH fomente entre os médicos e cirurgiões dentistas a rotina ou o hábito da solicitação de exame de sensibilidade aos antibióticos (antibiograma), para diminuir a prescrição empírica dos mesmos.
- > Que a CCIH informe e divulgue, mensalmente, aos profissionais de saúde sobre as taxas de infecção hospitalar, da resistência a bacteriana, os principais agentes causadores da IH, e os microorganismos resistentes
- > Seja dada ênfase na implementação da educação continuada para médicos, residentes, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, cirurgiões dentistas. Abordando, principalmente, o problema do uso indiscriminado de antibióticos, resistência bacteriana e infecção hospitalar sob à luz da ética da responsabilidade de Hans Jonas.
- > Maior aproximação da CCIH aos serviços das diferentes unidades clínicas cirúrgica, médica, UTI, e outras.
- > Que se adote como estratégia o envolvimento crescente de todo o corpo clínico, farmácia, Administração e a CCIH como co-responsáveis na formação de uma Aliança para o Prudente Uso de Antibióticos (APUA).

Finalmente importa salientar que o uso prudente (ou racional para alguns) de antibióticos têm mostrado ser efetivo na redução dos custos e na contenção do uso empírico ou indiscriminado de antibióticos de amplo espectro.

15 PILARES DO CONHECIMENTO CIENTÍFICOS

o meio hospitalar é um ambiente perigoso e propício à aquisição de infecção hospitalar não só pelo excessivo uso de antibióticos mas, principalmente, por selecionar amostras bacterianas resistentes e também pela ocorrência de infecção hospitalar. O impacto da resistência aos antibióticos é um problema mundial. Os profissionais de saúde devem estar preparados para frear este problema, possuir conhecimento teórico/prático, que os levem a exercer sua profissão, aplicando não só os princípios da bioética, mas, sobretudo, utilizando-se da ética da responsabilidade.

Quando este estudo se propõe a analisar o significado do conhecimento e prática dos profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes, associadas à problemática da infecção hospitalar, pretende-se examinar este fenômeno à luz dos princípios de responsabilidade.

A temática deste trabalho exigiu uma longa e extensa revisão bibliográfica, e esta foi sustentada por diferentes autores nacionais e estrangeiros. Uma vez alicerçadas as bases teóricas e metodológicas que iriam fundamentar o “caminhar desta tese de doutorado”, pôde-se concluir que o presente estudo permite fazer algumas considerações finais importantes como;

- 1 - o impacto do uso indiscriminado de antibióticos, da resistência bacteriana, e a infecção hospitalar é uma realidade mundial. Este é um processo complexo que envolve vários fatores predisponentes (extrínsecos e intrínsecos). Ressalta-se que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, cirurgiões-dentistas) têm um papel importante no controle da problemática da infecção hospitalar;

- 2- O USO de antibióticos causa uma pressão seletiva favorecendo o aparecimento de amostras de bactérias resistentes. O uso indiscriminado aumenta o risco para a seleção e a disseminação de bactérias resistentes, que, até certo ponto, estão em competitiva vantagem (ética da responsabilidade).
- 3- o uso indiscriminado dos antibióticos e a resistência bacteriana tem ampliado os surtos epidêmicos das infecções hospitalares, e, conseqüentemente, têm dificultado o controle destas infecções (princípio da não-maleficências);
- 4- reconhece-se que a introdução dos antibióticos na clínica médica foi uma útil medida para prevenir e controlar importantes doenças infecto-contagiosas em todo mundo (princípio de beneficência);
- 5- muitos trabalhos científicos (GRINBAUM,2000; SERVOLO DE MEDEIROS, 2001; OKEKE et al. , 2000; PITTET, 2001, ANDRASEVIC, 2002), têm demonstrado que a ação benéfica atribuída outrora aos antibióticos, no presente século, passou a ser uma medida curativa “perversa”, e, senão houver mudanças radicais na sua prescrição ou prudência no seu uso, a qualidade de vida de toda humanidade, presente e futura, está ameaçada (princípio da responsabilidade);
- 6 - a problemática do uso indiscriminado dos antibióticos, da resistência bacteriana, da infecção hospitalar afeta principalmente o paciente hospitalizado que é o maior prejudicado ou penalizado. Esta situação traz na sua conjuntura, além do princípios bioéticos da não-maleficência e de responsabilidade, também “*os princípios ontológicos de ser*”. O filósofo Hans Jonas (1995) resgata, com firmeza, através da Ética da Responsabilidade, o imperativo “do ser” ou “não ser” no fenômeno da vida e teoriza uma filosofia ao mesmo tempo “ontológica e ética da vida”;
- 7- as ações, para reverter este processo do uso indiscriminado dos antibióticos, resistência das bactérias e o controle da infecção hospitalar dependem exclusivamente do “poder” e do “querer” do homem, neste estudo, os profissionais de saúde. Logo, não é um problema metafísico ou unicamente filosófico, não é somente um problema de conhecimento científico ou somente bioético, é, sobretudo, um problema complexo do existir, do sobreviver, do conviver, do preservar, do prevenir, de obrigação ou de assegurar melhor qualidade de vida para esta e para futuras gerações. É, sobretudo, um problema ético, de um agir com responsabilidade, que não coloque em risco a possibilidade dessa vida e das gerações futuras. A

solução está nas mãos do profissional envolvido com o cuidado da saúde, e este “querer” depende só dele. Como diz Zancanaro (2000), a obrigação está na prevenção e preservação como parte intrínseca da responsabilidade com o futuro. [...]. É uma exigência do agir responsável com o amanhã, pois o agir e o seu efeito estão implicados com o bem intrínseco. Neste momento evoca-se o imperativo concebido por Jonas (1995 p.40): “*Áge de tal modo que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica na Terra*”; ou expressado negativamente; “*Áge de tal que os efeitos de tua ação não sejam destrutivos para a futura possibilidade dessa vida*”; ou simplesmente: “*Não ponhas em perigo as condições da continuidade indefinida da humanidade na Terra*”; ou, formulado uma vez mais positivamente: “*Inclui em tua eleição presente, como objeto também do teu querer, a futura integridade do homem*”. Como explica Jonas, este novo imperativo diz precisamente que nos é lícito, em efeito, arriscar nossa vida, mas não nos é lícito arriscar a vida da humanidade;

8- as implicações éticas envolvidas neste problema são amplas e profundas. Elas estão relacionadas principalmente com a qualidade que a vida deve possuir para ser agradável, feliz e, ao mesmo tempo, protegida. Neste contexto, existe a necessidade de se aplicar os princípios da bioética e da responsabilidade;

9- o uso indiscriminado dos antibióticos não é um problema individual, mas comunitário, global, portanto, exige uma ética ampla, e de fronteira.

Assim, do exposto, conclui-se que a solução do problema está nas mãos dos homens (profissionais de saúde), ou seja, está no “poder-querer-fazer”, no modificar para preservar, prevenir e controlar o grave problema já existente, mas, principalmente, para frear uma fatalidade catastrófica para as gerações futuras.

Logo, acredita-se que uma das soluções primeiras a ser adotada pela sociedade, em geral seria conscientizá-la da necessidade de se firmar “*C/m« Aliança para o Uso Prudente dos Antibióticos*”.

Para iniciar esta mobilização mundial, será necessário que todos os envolvidos com a problemática da resistência bacteriana adotem, em suas ações práticas, *O Princípio da Responsabilidade*.

Aos profissionais de saúde cabe refletir sobre o que diz Hans Jonas (1995); “**Áge de tal modo que os efeitos de tuas ações não sejam destruidores da possibilidade de vida**”

futura”, “Não coloque em perigo as condições de continuidade indefinida da humanidade sobre a terra”; “Inclua em tua escolha presente, como objeto também de teu querer, a integridade futura do homem”.

A dimensão dos envolvidos e responsáveis pelo uso indiscriminado dos antibióticos abrange um amplo espectro de indivíduos todos profissionais da área da saúde, o próprio consumidor, a administração hospitalar, as indústrias farmacêuticas, o governo e muitos outros.

Também, para melhor contextualizar a responsabilidade da ciência sobre suas inovações tecnocientíficas introduzidas na sociedade, busca-se o pensamento do ilustre cientista René Dubos (1972) que, naquela época, já alertava: **“a ciência é socialmente bem sucedida na extensão em que aumenta o âmbito da liberdade e o número de opções disponíveis para essa procura. A continuação do apoio que lhe dá a sociedade dependerá da disposição dos cientistas a relacionarem os seus interesses profissionais com necessidades e objetivos humanos genuínos. A ciência não é apenas uma aventura emocionante para os intelectuais e uma técnica de expansão econômica. É também uma parte essencial do organismo social e deve continuamente evoluir sob a influência de condições em transformação”.**

O cuidar da vida presente e futura da humanidade, visando melhor qualidade, requer a habilidade de querer tecer “a teia da vida” com os princípios da Ética da Responsabilidade.

Sugere-se que *o uso prudente dos antibióticos* venha a ser uma opção disponível para preservar e cuidar da vida presente e futura da humanidade. Esta mudança de comportamento dependerá efetivamente do “querer” do homem cuja atitude simples, porém de grande valor, poderá modificar uma realidade ameaçadora e transformar-se na esperança da continuidade da vida sobre a terra.

16 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resistência bacteriana no meio hospitalar e nas comunidades é uma realidade mundial. O uso indiscriminado de antibióticos, é atualmente considerado uma doença social. O antibiótico e o determinante da resistência são os dois principais fatores relatados para a resistência bacteriana. O uso prudente de antibióticos poderá prevenir/controlar e reduzir o fenômeno da resistência das bactérias.

Uma recomendação para frear o surgimento de novas cepas de microorganismos resistentes é instituir, entre os profissionais de saúde, uma Aliança para o Prudente Uso de Antibióticos, e programas efetivos para o controle da infecção hospitalar.

O conhecimento teórico/prático, atualizado em cursos de educação continuada, sobre controle de infecção hospitalar, resistência bacteriana aos antibióticos, o agir profissional com base na ética da responsabilidade é a chave para o desempenho prudente da prática de profissionais de saúde no Hospital Universitário.

Por isso, considera-se que ou os profissionais de saúde na sua prática tomam como referência a ética da responsabilidade, e, portanto o caminho do uso prudente de antibióticos, ou sem orientação desta ética a emergência das bactérias resistentes será uma ameaça para a vida futura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRASEVIC, A.T. *et al.* Surveillance for antimicrobial resistance in Croatia. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 8, n. 1, p. 14-18, Jan. 2002.
- ARIAS, José Camacho. **La prodigiosa penicilina FLEMING**. Madri: nivola Libros, 2001. 140 p.
- BARRETO R.; RIOS, A.V. *etal.* **Bioética no Brasil**. Rio de Janeiro; Espaço e Tempo, 1999. (Coleção Brasil hoje).
- BELLINO, Francesco. **Fundamentos da Bioética: Aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. Tradução de Nelzon Souza Canabarro. Bauru, São Paulo: EDUSC, 1997. 298 p.
- BENIN, A. L.; DOWELL, S. F. Antibiotic resistance and implications for the appropriate use of antimicrobial agents. In: MAINOUS, A.G.; POMEROY, C. (Eds.). **Management of antimicrobials in infectious diseases-Impact of antibiotic resistance**. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2001.
- BENNETT, J.V.; BRACHMANN, P.S. **Hospital Infections**. 2. ed. Boston: Bown and Comany, 1993. 542 p.
- BENOIT, H. **Sócrates: o nascimento da razão negativa**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1996. 159 P-
- BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 15-16.
- BERLINGUER, G. Prefácio. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). **Bioética**. 2. ed., amp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
- BERLINGUER, Giovanni; GARRAFA, Volnei. **O Mercado Humano: Estudo Bioético da Compra e Venda de Partes do Corpo**. Tradução de Isabel Regina Augusto. Brasília: Editora UnB, 1996. 212 p.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principies of Biomedical Ethics**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994.
- BEXELL, A.; LWANDO *et al.* Improving drug use through continuing education; a randomized controlled trial in Zambia. **J. Clin. Epidemiol**, v. 49, p. 3335 -3337, 1996.

BBDDLE, Wayne. **Guia de Batalha contra os Germes**. Tradução de Astrid de Figueiredo. Rio de Janeiro; Record, 1998. 220 p.

BOBBIO, Norberto. **Direito e Estado no pensamento de Emanuel Kant**. 3. ed. Tradução de Alfredo Fait. Revisão de Estevão Rezende Martins. Brasília: Editora UnB, 1996,

BOFF, Leonardo. **Ethos Mundial: Um consenso mínimo entre os humanos**. Brasília: Letraviva, 2000. 165 p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BONDEI, Remo. **A filosofia do Século XX**. Tradução de Modesto Florenzano. Bauru, São Paulo; EDUSC, 2000. 287 p.

BOURG, D. Economia, ecologia e humanismo. In: MORIM, Edgar; PRIGOGINE, Ilya *et al.* **A Sociedade em Busca de Valores**. Lisboa; Instituto Piaget, 1996. p. 189-206.

BOYCE, J.M. Increasing prevalence of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in the United States. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 1990. p. 639 - 642. In; RUBIN, J. R.; HARRINGTON, C. A. *et al.* The economic impact of *Staphylococcus aureus* infection. The Lewin Group, Fairfax, Virginia, USA.. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 9, Jan./Feb. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional e Desenvolvimento de Serviços da Saúde. Controle de infecção hospitalar um marco conceitual na assistência hospitalar. **Revista do Controle de Infecção Hospitalar**, Brasília, n.1, p. 3 - 4, ago. 1994.

BROCK, M. *et al.* **Biology of microorganisms**. 7. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1994. 909 p-

BULFINCH, T. **O livro de ouro da mitologia: história de deuses e heróis**. 5. ed. Tradução de David Jardim Júnior. Rio de Janeiro; Ediouro, 1999. 417 p.

BURTON, G.R.M. **Microbiology for the health Science**. 4. ed. Philadelphia; Lippincott Company, 1992. 413 p.

BYK, C.; MÉMETEAU, G. **Le droit des comités d'éthique**, Paris: Éditions Eska, 1996.

CAMPBELL, Joseph. **O Poder do Mito**. Tradução de Carlos Felipe Moisés. 15. ed. São Paulo: Editora Palas Athena, p. 33 - 34, 1997.

CANABARRO, N.S. Apresentação. In: BELLINO, Francesco. **Fundamentos da Bioética: Aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. Tradução de Nelson Souza Canabarro. Bauru, São Paulo; EDUSC, 1997.

CANO, R. J.; COLOMÉ, J.S. **Microbiology**. San Francisco: West Publishing Company, 1986.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1983, 256 p.

CARDO, Denise Mary. Século 21 requer mudanças no controle de infecção. **Revista Amplo Espectro**, São Paulo, n.1, p. 4 - 6, 1999.

CARVALHO, M.A.R.; COSTA, J.E. Uso de antimicrobianos em Odontologia-uma avaliação crítica. **Jornal Infecção e Controle**, Belo Horizonte, v. 1, n, 1, p. 6, 2000.

CASADEVALL, Arturo. Antibody-Based Therapies for Emerging Infectious Diseases. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v.2, n. 3, p. 200 - 208, 1996.

CHADWICK, P.R.; CHADWICK, D.C.; OPPENEHEIM, B.A. Report of a meeting on the epidemiology and control of glycopeptide-resistant enterococci. **J. Hosp. Infect.**, Chicago, v. 3, n. 2, p. 83 - 92, 1996.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1997.

CHAVES, M.; ROSA, A. R. (Org.). **Educação médica nas Américas**. São Paulo; Cortez Editora, 1990.

CHINN, P.; KRAMER, M. J. **Theory and Nursing; a systematic approach**, 4. ed. St. Louis: Mosby, 1995.

CLARCK, J. M. Apresentação. In; DUBOS, R. **O despertar da razão**. Por uma ciência mais humana. Traduzido por Pinheiro de Lemos. São Paulo; Editora da USP, 1972. 194 p. p. 10.

COHEN, C.; MARCOLINO, F., C. Relação médico-paciente; autonomia e paternalismo. In; SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). **Bioética**. 2. ed. amp. São Paulo; Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo; Martins Fontes, 1995.

CORREIO BRASELIENSE. Infecção nos Hospitais já atinge 15,62%, Brasília, 10 de nov. 1994.

CORTINA, A. Bioética y ética discursiva. In; **La bioética en la encrucijada**. Congresso Nacional, I, Madrid, 1996.

CUCURELLA, Margarita Boladeras. **Bioética**. Madrid: Editorial Síntese, 1998. 287 p.

CUNHA, A.B. Apresentação. In; DUBOS, R. **O despertar da razão**. Por uma ciência mais humana. Tradução de Pinheiro de Lemos. São Paulo; Editora da USP, 1972. 194 p. p. 9.

DAUSET, J. **Bioéthique et responsabilité scientifique, em soritti in onore di Guido Gerin**. Padova: CEDAM, 1996. p. 145,

DEMBRY, L., M. *et al.* Nosocomial bacterial infections. In: EVANS, Alfred S.; BRACHMAN, Philip S. (Org.). **Bacterial infections of humans: epidemiology and control**. 3. ed. New York; Plenum Publishing Corporation, 1998. 888 p.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo; Atlas, 2000. 216 p.

DENZIN, D.K.; LINCOLN, Y.S. **Strategies of Qualitative Inquiry**. Califórnia: Sage Publications, 1998. 346 p.

DRAFT - Public Health Action Plan to Combat Antimicrobial Resistance. A Public Polity American Society for Microbiology. p. 1-39. June 2000

DUBOS, R. **O despertar da razão**. Por uma ciência mais humana. Tradução de Pinheiro de Lemos. São Paulo; Editora da USP, 1972. 194 p.

DURANT, G. **A Bioética**; natureza, princípios, objetivos. Tradução de Porphirio Figueira de Aguiar. São Paulo: Paulus, 1995. 102 p.

FARIA, I.S.; SUMITA, T.C. *et al.* Sensibilidade de *Staphylococcus aureus*, isolados de crianças, aos antibióticos. In: Simpósio de Resistência Bacteriana aos Antimicrobianos, I, Rio de Janeiro, 2001. **Anais...** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 38.

EVANS, M.E. Tuberculosis. In: MAJNOUS, Arch G.; POMEROY, Claire. **Management of Antimicrobials in Infectious Diseases: Impact of Antibiotic Resistance**. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2001. 350 p.

FDDLER, D. P.; J. D. Globalization, International law, and emerging infectious diseases. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 2, n. 2, p. 77 - 84, Apr./June, 1996.

FDDLER, David P. Legal Issues Associated with Antimicrobial Drug Resistance. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 4, n. 2, p. 169 - 177, 1998.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1991.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**: romance da história da filosofia. Tradução de João Azenha Jr. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 555 p.

GADAMER In: MINAYO, M.C. DE S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 220.

GARRAFA, V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. **Medicina Conselho Federal**, Brasília, ano XII, n. 97, p. 28, set.1998.

GARRAFA, V. **Transgênicos, ética e prudência**. Disponível em: <<http://www.icb.ufmg.br/~da-icb/enev/textos/transgenicos-texto.htm>>. Acessado em: 10 dez. 2001.

GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina F. **A bioética no século XXI**. Brasília: UnB, 2000. 158p.

GIBSON, C. H. Underpinnings of ethical reasoning in nursing. **Journal of Advance Nursing**, v. 18, p. 2003 - 2007, 1993.

GELES, T. R. **Dicionário de filosofia**: termos e filósofos. São Paulo: EPU, 1993.

GILLESPIE, Stephen H. **Antibiotic Resistance: Methods and Protocols**. Totowa, New Jersey: Humana Press, 2001. 287 p.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar; como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 106 p.

GOULD, D. Nurse's hands as vectors of hospital-acquired infection; a review. **Journal Advance Nursing**, v. 16, n. 10, p. 1216 - 1225, Oct. 1991.

GRACIA, D. **Fundamentos da bioética**. Madrid; EUDEMA, 1989. 605 p.

GRACIA, D. **Procedimentos de decisión em ética clínica**. Madrid; EUDEMA, 1991.

GRACIA, Diego. **Fundamentación y enseñanza de la bioética**. Colombia; El Búcho, 1998, 194 p.

GRINBAUM, R. S. Tomando a racionalização de antimicrobianos mais racional. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano II, n. 11, p. 65 - 68, Set./Out. 2000.

HALEY, R. W.; CULVER, D. H. *et al.* The nationwide nosocomial infection rate; a new need for vital statistic. *Am. J. Epidemiol.* 1985. p. 121-159. In; RUBIN, J. R.; HARRINGTON, C. A. *et al.* The economic impact of Staphylococcus aureus infection. The Lewin Group, Fairfax, Virginia, USA.. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 9, Jan./Feb. 1999.

HOSSNE, W.; S. Relação médico-paciente; competência do médico, In; SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). **Bioética**. 2. ed. amp. São Paulo; Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

HOSSNE, W.; S.; VIEIRA, S. Experimentação com seres humanos: aspectos éticos. In; SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). **Bioética**. 2 ed., amp. São Paulo; Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

HSUEH, Po-Ren; LIU, Cheng-Yi; LUH, Kwen-Tay. Current Status of Antimicrobial Resistance in Taiwan. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 8, n. 2, p. 132 -137, 2002.

HUGONNET, S.; PITTET, D. Hand hygiene-beliefs or Science? **Clinical Microbiology and Infection**, v. 6, n. 7, p. 348 - 354, 2000.

HYDE, B. Anticipating the arrival of the post antibiotic era. **ASM News**, Washington, v. 60, n. 3, p. 243 - 244, 1994.

ILLICH, I. **La convivialità**. Milão; Mondadori, 1974.

ISENBARGER, Daniel W. *et al.* Comparative Antibiotic Resistance of Diarrheal Pathogens from Vietnam and Thailand, 1996-1999. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 8, n. 2, p. 175 - 180, 2002.

ISSACK, M.I; POWER, E.G.M.; FRENCH, G.C. Investigation of an outbreak of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* by random amplified polymorphic DNA (RAPD) assay. **J. Hosp. Infect.**, Chicago, v. 33, n. 3, p. 191- 200, July, 1996.

JAEGER, Wemer. **Paidéia a formação do homem grego**. 2. ed. São Paulo; Martins Fontes, 1989. 966p.

JARVIS, W.R. Handwashing - the Semmelweis lesson for gotten? **The Lancet Infectious Diseases**, London, v. 344, p. 1311-1312, Nov. 1994.

JARVIS, W.R. Infection control and Changing Health-Care Delivery Systems. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 170 - 173, Mar.Apr. 2001.

JONAS , Hans. **El principio vida**. Madrid: Trotta, 2000. 334 p.

JONAS, Hans. **Técnica, medicina y ética: Sobre la práctica dei principio de responsabilidad**. Barcelona: Paidós, 1997. 204 p.

JONAS, Hans. **El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica**. Barcelona: Editorial Herder, 1995. 398 p.

KAHN, R. L.; CANNEL, C. F. **The dynamics of interviewing: theory, technique and cases**. N. York: John Wiley. 1962.

KAULING, M. I; FLORENÇO, A. L; CASAGRANDE, M.P; SILVA, R. F. Avaliação da Antibioticoterapia em Cirurgias Limpas. In: Congresso da Odontologia, I, 2000, Minas Gerais. Controle de Infecções e epidemiologia hospitalar. **Anais...** Minas Gerais, n. 122AP, 2000. p. 104.

LA FORCE, F.M. The control infections in hospitais: 1750 - 1950. In: WENZEL, R. P. **Prevention and Control of Nosocomial Infections**. 2. ed. Baltimore: Williams e Wilkins, 1993. p. 1049.

LANDMANN, J. **A ética médica sem máscara**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985. 300 P-

LARA, T.A. **A filosofia ocidental do renascimento aos nossos dias**. 6, ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

LAWRENCE, J. G. Clustering of antibiotic resistance genes: beyond the selfish operon. **ASM News**, Washington, v. 66, n. 5, p. 281 - 286, May, 2000.

LEÃO, Maria Terezinha Carneiro. Resistência Bacteriana no Brasil. **Revista Fato Hospitalar**, São Paulo, n . 4, p. 5 - 8, 2001.

LEMONICK, M.D. The killers all around. **TIME**, New York, v. 144, n. 11, p. 34 - 41, Sept. 1994.

LEVY, S. B. Microbial threats and the global society. **Emerging infectious diseases**, Atlanta, v. 2, n. 1, Jan./Mar. 1996.

LEWIS, Kim; SALYERS, Abigail A.; TABER, Harry W.; WAX, Richard G. **Bacterial Resistance to Antimicrobials**. New York: Mareei Dekker, 2002. 495 p.

LINCOLN, Y. S. Sympathetic connection between qualitative methods and health research. **Qual. Health Res.**, v. 2, n. 4, p. 375 - 391, 1992.

LOBIONDO, G.; HARBER, W. J. **Nursing Research: methods, criticai appraisal and utilization**. 4. ed. Boston: Mosby Inc., 1998. 597 p.

MACDONALD, L. C. *et al.* Vancomycin-resistant *enterococci* outside the health-care setting; prevalence, sources, and public health implications. **Emerging infectious diseases**, Atlanta, v. 3, n. 3, Jul./Set. 1997.

MANANGAN, Lilia P. *et al.* Feasibility of National Surveillance of Health- Care-Associated Infections in Home- Care settings. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 8, n. 3, p. 233 - 236, 2002.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa, planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4. ed. São Paulo; Atlas, 1999. 260 p.

McGOWAN, J.E. Jr. Economic impact of antimicrobial resistance. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 286 - 292, Mar./Apr., 2001.

MERTENS, R. Hospital infection in Europa - towards in international surveillance. **Hospital Originated Sepsis and Therapy**, Brussel, Belgian, n. 1, p. 6 - 9, 1990.

MILANO, G. **Bioética**: dalla A alia Z. Milano: Feltrinelli, 1997. 217p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**; Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6. ed. São Paulo; Hucitec; Rio de Janeiro; Abrasco, 1999. 269 p.

MLOT, C. Antimicrobiais in food production; resistance and alternatives. **ASM News**, Washington, v. 67, n. 4, p. 196 - 200, Apr., 2001.

MOELLERING, Robert C.. **Novos desafios no campo das doenças infecciosas**. Patógenos Emergentes nas Doenças Infecciosas, 2000. Relatório Especial Hospital Practice. p. 5-7.

MONDIN.B. **Curso de Filosofia**. Os filósofos do ocidente. São Paulo; Paulus, 1881. v. 1.

MONNET, Dominique L. European Recommendations To Respond to the Threat of Antimicrobial- Resistant Microorganisms. **ASM News**, Washington, v. 65, n. 6. p. 390 - 391, 1999.

MORIM, Edgar; PRIGOGINE, Ilya *et al.* **A Sociedade em Busca de Valores**. Lisboa; Instituto Piaget, 1996. 264 p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria Gabriela de Bragança; Maria da Graça Pinhão. São Paulo; Biblioteca Universitária, 1990, 263 p.

MORIN, E. **Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro**. 2. ed. São Paulo; Cortez, 2000. 118 p.

MUÑOZ, D. R.; ALMEIDA, de M. Noções de responsabilidade em bioética. In; SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). **Bioética**. 2 ed., amp. São Paulo; Editora da Universidade de São de Paulo, 1999.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K.S., *etal* **Medicai Microbiology**. Third ed. .Mosby, Year Book, 1997.

NELSON, F.F. *et al.* In: DENZIN, D.K.; LINCOLN, Y.S. *Strategies of Qualitative Inquiry*. Califórnia: Sage Publications, 1998. p. 194.

NETTLEMAN, M.D. The global impact of infection control. In: WENZEL, R.P. (Ed.). *Prevention and control of nosocomial infections*. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993. p. 13-20.

NEU, H. C. The crisis in antibiotic resistance. *Science*, 1992, n. 257, p. 1064 -1072. In: RUBIN, J. R.; HARRINGTON, C. A. *et al.* The economic impact of *Staphylococcus aureus* infection. The Lewin Group, Fairfax, Virginia, USA.. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 9, Jan./Feb. 1999.

NEU, H. C.; GOOTZ, T.D. Antimicrobial chemotherapy. In: BARON, S. *Medical Microbiology*. 4. ed. Texas: University of Texas Medical Branch at Galveston, 1996.

NEW INTERNATIONAL DICTIONARY. London: G. e Merriam, cl976. 1993 p. p. 1017, v. II.

NOVALIS, apud POPPER, K. A lógica da pesquisa científica. Tradução de Leonidas Hegenberg; Octanny Silveira da Mota. São Paulo: Cultrix, 1973. 567 p.

OATES, A. H. War against bacteria resistance on the rise. Disponível em: <http://www.esb.utexas.edu/palmer/bio303/group_13/rs.html>. Acesso em: 28 dez. 2001.

OKEKE, I. N. *et al.* Socioeconomic and behavioral factors leading to acquired bacterial resistance to antibiotics in developing countries. In: RUBIN, J. R.; HARRINGTON, C. A. *et al.* The economic impact of *Staphylococcus aureus* infection. The Lewin Group, Fairfax, Virginia, USA.. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 19, Jan./Feb. 1999.

OKEKE, Iruka N.; LAMIKANRA, Adebayo; EDELMAN, Robert. Socioeconomic and Behavioral factors Leading to Acquired Bacterial Resistance to Antibiotics in Developing Countries. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 18 -27, 1999.

OKEKE, Iruka N.; FAYINKI, Susan T.; LAMIKANRA, Adebayo. Antibiotic Resistance in *Escherichia coli* from Nigerian Students, 1986 - 1998. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 6, n. 4, p. 393 - 396, 2000.

OSBORNE, R. EDNEY, R.. *Filosofia para principiantes*. Buenos Aires: Edição Era Nascente, 1998. 175 p.

OSTERHOM, Cassei; MICHAHAEL. A Simple Approach to a Complex Problem. *ASM News*, Washington, v. 62, n. 10, p. 516 - 517, 1996.

PANLILIO, A.L.; CUPER, D.H., *et al* Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in U.S. hospitals, 1975-1991. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 1992, n. 13, p. 582 - 586. In: RUBIN, J. R.; HARRINGTON, C. A. *et al* The economic impact of *Staphylococcus aureus* infection. The Lewin Group, Fairfax, Virginia, USA.. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 9, Jan./Feb. 1999.

PASCUAL, A.S. Introducción. In: JONAS, Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Editorial Herder, 1995. p. 5 -11.

PECCEI, A. **Cem páginas para o futuro**. Tradução de Ana Maria Batista e outros. Brasília; Editora da Universidade de Brasília, 1981. 120 p.

PEREIRA, M. L.; MACHADO, E.C; SOARES, R.C.G; CALIGIORNE, R.B; HOFER, E. Comportamento de *Listeria monocytogenes* frente a antimicrobianos de uso comum em clínica. In; Simpósio de Resistência Bacteriana aos Antimicrobianos, I, Rio de Janeiro, 2001. **Anais...** Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2001. p.70.

PEREIRA, M. S. *et al.* Infecção hospitalar nos hospitais escola; uma análise sobre seu controle. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 145 - 162, jan. 1996.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 4. ed. São Paulo; Loyola, 1997. 583 p.

PETERSON, Lance R.; NOSKIN, Garcy A. New Technology for Detecting Multidrug-Resistant Pathogens in the Clinical Microbiology Laboratory. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 306 - 311, 2001.

PINTO, Hilda Batista. Administração de antibióticos; importância da enfermagem. **Jornal Infecção e Controle**, Belo Horizonte, v. 1, n 1, p. 3, 2000.

PITTET, D.; TARARA, D.; WENZEL,R.P. Nosocomial bloodstream infection in critical ill patients, excess length of stay, extra cost, and attributable mortality. *JAMA*, 1994, n. 271, p. 1598 -1601. In; RUBIN, J. R.; HARRINGTON, C. A. *et al.* The economic impact of *Staphylococcus aureus* infection. The Lewin Group, Fairfax, Virginia, USA.. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 9, Jan./Feb. 1999.

PITTET, D.; BOYCE, J.M. Hand hygiene and patient care; pursuing the Semmelweis legacy. **The Lancet Infectious Diseases**, local, v. 0, n 1, p. 5, Apr. 2001.

PITTET, Dieder. Improving Adherence to Hand Hygiene Practice; A Multidisciplinary Approach. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 234 - 240, Mar./Apr., 2001.

MAINOUS, Arch G., POMEROY, Claire. **Management of Antimicrobials in Infectious Diseases**. Totowa, New Jersey; Humana Press, 2001. 350 p.

POSTEGATE, J. **MICROBES AND MAN**. 3. ed. New York; Cambridge University Press, 1992. 297 p.

POTTER, VAN R. **Bioethics**; Bridge to the future, Englewood Cliffs, N.J.; Prentice-Hall, 1971.

PRESCOTT, L. M., HAUEY, J.P., KLEIN, D.A. **Microbiology**. Third. ed. Chicago; C. Brown Publishers, 1996.

PRIGOGINI, Ilya; STENGERS, Isabelle. **A nova aliança**. Brasília; Editora UnB, 1991. 247 p-

R. HARRINGTON, C. A. *et al.* The economic impact of *Staphylococcus aureus* infection. The Lewin Group, Fairfax, Virginia, USA.. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 9, Jan./Feb. 1999.

RAO, G.G. Risk and factors for the spread of antibiotic-resistant bacteria. **Drugs**, v. 55, n. 3, p. 323 - 330, 1998.

REALE, G.; ANTISERI, D. **História da filosofia: Antigüidade e idade média**. 5. ed. São Paulo: Paulus, 1990. 693 p. v.1,

RICHET, H. M. Better antimicrobial resistance surveillance efforts are needed. **ASM News**, Washington, v. 67, n. 6, p. 304 - 309, June, 2001.

RICHET, Hervé M.; MOHAMMED, Jasmine; MACDONALD, L. Clifford; JARVIS, William R.. Building Communication Networks; International Network for the Study and Prevention of Emerging Antimicrobial Resistance. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v.7, n. 2, p. 319-326, 2001.

RIOS, André Rangel *et al* **Bioética no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1999. 200 p.

ROBLES, Y., POLACK, A. continuing professional education in pharmacy in Philippines; a current perspective. **J. Soe. Admín. Pharm.**, v. 14, p. 24 - 132, 1997.

RUBIN, ROBERT J. *et al* The economic Impact of *Staphylococcus aureus* Infection in New York City Hospitals. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 5, n. 1, p. 9 -17, 1999.

RUSS, Jacqueline. **Pensamento Ético contemporâneo**. Tradução de Constança Marcondes César. São Paulo: PAULUS, 1999. 177 p.

RUTZ, D. Hospitals battle bacteria bugs resistant to drugs. Disponível em: <<http://www.cnn.com/HEALTH/9902/1/hospital.infection>>. Acessado em: 21 set. 2000.

SAAD, H. W. Infecção hospitalar-aspectos éticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 41, n. 1, jan./fev. 1995.

SABINO, C.A. **Métodologia de investigación: una introducción teórico-práctico**. Buenos Aires: Editora El Cid. Editor, 1978. 161 p.

SADOYAMA, G; DIOGO FILHO, A.; ALMEIDA, A.B.; GONTUO FILHO, P.P. Relação entre colonizações no sítio de inserção e na ponta do cateter vascular central (CVC): análise qualitativa e quantitativa da presença de estafilococos resistentes a Oxacilina In: Simpósio de Resistência Bacteriana aos Antimicrobianos, I, Rio de Janeiro, 2001. **Anais...** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 40.

SANTOS, N. de Q. A arte do cuidado, a ecologia e o desenvolvimento sustentável. In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. R. **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: ícone, 2002. p. 55 - 86.

SANTOS, N. de Q. **Infecção hospitalar: uma reflexão histórico-crítica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997. 144 p.

SANTOS, N. de Q. **Prática assistencial de enfermagem: o resgate da microbiologia como fundamento para o controle da infecção hospitalar**. Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

SAVATER, F. **Ética y ciudadanía**. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana, 1998. 303 p.

SCHABERG, D. R.; CULVER, D. H.; GAYES, R.P. Major trends in the microbial etiology of nosocomial infection. **Am. J. Med.**, New Jersey, v. **91**, p. **725 - 755**, 1991.

SCHRAMM, F.R. Bioética e Educação Médica: buscando respostas aos dilemas morais da prática em saúde. **Boletim Aben**, Distrito Federal, Dez.99 / Mar.2000. p.8 -13.

SEGRE, M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Org.). **Bioética**. 2. ed., amp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

SERVOLO DE MEDEIROS, E. A. Prescrição de antibióticos no Brasil é inadequada. **Amplio Espectro**, São Paulo, ano IV, n. 1, p. 6 - 9, ago. 2001.

SGRECCIA, E. **A bioética e o novo milênio**. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

SHAFRAM, S. D. The basis of antibiotic resistance in bacteria. **The Journal of Otolaryngology**, Edmonton, v. 19, n. 3, p. 158 - 166, 1990.

SINGER, P. **Ética prática**. 2. ed. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: 1998. Traduzido de Practical ethics, 2. ed.

SIQUEIRA, José Eduardo. **Ética e Tecnociência**: Uma abordagem segundo os princípios de Hans Jonas. Londrina, Paraná: Editora UEL, 1998. 120 p.

SOUZA, Edmar Chartone. Uma guerra quase perdida. **Revista Ciência Hoje**, v. 23, p. 27 - 35, 1998.

SPAEMANN, R. **Felicidade e benevolência**: ensaio sobre ética. Tradução de Paulo Astor Soethe. São Paulo: Edição Loyola, 1989. (Coleção filosofia). Traduzido de Gliick und wohlwollen: vesuch iiber ethik.

SWARTZ, M. N. Impact of antimicrobial agents and chemotherapy from 1971 to 1998. **Antimicrob. Agents Chemother**, v. 44, n. 8, p. 2009 - 2016, Aug. 2000.

TARNAS, R. **A epopéia do pensamento ocidental**: para compreender as idéias que moldaram nossa visão de mundo. Tradução de Beatriz Sidou. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 586 p.

TEALDI, J. C., In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. DE PAUL (Org.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Editora Paulus, 1996. 241. p.

TENOVER, F.C. *et al.* Increasing resistance to Vancomycin and other glycopeptides in *Staphylococcus aureus*. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 327 - 332, Mar./Apr. 2001.

TENOVER, Fred C.; BIDDLE, James W.; LANCASTER, Michael V. Increasing Resistance to Vancomycin and other Glycopeptides in *Staphylococcus aureus*. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 327 - 332, 2001.

THOMPSON, R.L. **Antibiotic resistant bacteria**; Superbugs thrive in hospitals. Disponível em; <<http://www.mayohealth.org/mayo/9812/htm/superbugs.htm>>. Acessado em; 21 set. **2000**.

TIERNO, Philip M. **The Secret Life of Germs**; Observations and Lessons from a Microbe Hunter. New York; Pocket Books, 2001. 90 p.

VANDEMARK, **P.J.**; BATZING, B. L. **The microbes**; An introduction to their nature and importance. Benjamin/Cummings, 1987. 991 p.

VATOPOULOS, A . C.; KALAPOTHAKI, V., LEGAKIS, N.J. Risk factors for nosocomial infections caused by gram-negative bacilli. **J. Hosp. Infect.**, Chicago, v. **34**, n. **1**, p. **11 - 22**, Sept. **1966**.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. México; Editorial Grijalbo, 1969. 245 p.

VIEIRA, T., R. **Bioética e direito**. São Paulo; Editora Jurídica Brasileira, 1999.

WANT, C.; KLIMOWSKI, A **Kant para Principiantes**. Buenos Aires; EraNaciente, 1999. **176** p.

WEBER, M. **La ciência como profissão**: La política como profesión. 2. ed. Madrid; Editorial Espasa Calpe, 2001.

WEINSTEIN, Robert A . Controlling Antimicrobial Resistance in Hospitals; Infection Control and use of Antibiotics. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 7, n. 2, p. 188 - 192, 2001.

WILKINSON, P. **O livro ilustrado da mitologia**; Lendas e histórias fabulosas sobre grandes heróis e deuses do mundo inteiro. 2. ed. São Paulo; Publifolha, 2001. p. 58.

WILLIAMS, **R. J.**; HEYMANN, D.L. Containment of antibiotic resistance. **Science**, local, v. 279, n. 11, p. 1153 - 1154, Jun. 1998.

ZANCANARO, L. Cuidando do futuro da vida humana; a ética da responsabilidade de Hans Jonas. O Mundo da Saúde, São Paulo, ano 24, v. 24. n. 4, jul./ago. 2000.

ANEXOS

ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIALOGADA:

Com questões abertas formuladas de modo a proporcionar discussão e reflexão sobre a problemática deste estudo, ou seja, os significados dos conhecimentos e das práticas dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos, bioquímicos e cirurgiões-dentistas) em relação ao uso indiscriminado de antibióticos na ecologia das bactérias-antibiótico-resistentes associadas à problemática da infecção hospitalar.

1 - Você sabe o que é Infecção Hospitalar?

2 - Você tem conhecimento do grave problema da Infecção Hospitalar nos nossos dias?

3 - Se as causas da Infecção Hospitalar são conhecidas e identificadas na teoria e na prática, por que esta infecção continua sendo causa de alta taxa de mortalidade nos hospitais do mundo?

4 - Você que trabalha no Hospital Universitário (H.U.) conhece qual é o setor de serviço que é responsável pela vigilância, educação, prevenção e controle da infecção hospitalar?

5 - No Hospital Universitário, existe campanha ou cartazes no sentido de promover o Controle da Infecção Hospitalar (CIH)?

6 - Na sua opinião, há alguma *esperança* ou chance desses cartazes educativos mudarem a conduta dos profissionais de saúde em relação ao Controle da Infecção Hospitalar?

7 - Você considera possível controlar a infecção hospitalar?

8 - Que medidas você julga necessárias para dar um basta na infecção hospitalar?

9 - Estima-se que 1/3 de todas I. H. são preveníveis. Se 1/3 dessas Infecções Hospitalares são preveníveis porque não se consegue combatê-las?

10 - A dificuldade do controle da IH será por falta de conhecimento teórico, ou por negligência dos profissionais de saúde?

11 - Por que muitos profissionais de saúde ainda relutam em adotar medidas de assepsia para o Controle da Infecção Hospitalar?

12 - Você sabe como uma bactéria se torna resistente aos antibióticos?

13 - Como o fenômeno da aquisição da resistência bacteriana aos antibióticos é entendido por você? Um fenômeno natural ou um problema provocado pelo homem?

14- Você está suficientemente esclarecido sobre a gravidade do uso indiscriminado de antibióticos na sua prática assistencial?

15 - Para você existem questões éticas envolvidas ao problema do uso indiscriminado de antibióticos/resistência bacteriana/infecção hospitalar?

16- Para Hans Jonas, “Preservar a vida será contribuir para que ela se realize e constitua a raiz ética de toda a responsabilidade *com o futuro*”. Para você é possível adotar, na prática assistencial, o Uso Prudente de Antibióticos?

17 - Existe diferença entre uso empírico e uso indiscriminado de antibióticos?

18 - Você teme o uso indiscriminado de antibióticos e o aumento crescente de amostras de bactérias resistentes? Caso afirmativo expresse este “temor”?

19 - Para Hans Jonas: “o fim da vida é a vida, mas não pode ser entendida como mero viver, porque os outros animais também vivem; é um viver com dignidade, qualidade e felicidade”. Você se sente responsável pela vida de seus pacientes enquanto estiverem sob o seu cuidado?

20 - Os profissionais de saúde têm o dever de conhecer os significados da resistência bacteriana, pois eles receberam informações teóricas durante o seu curso de graduação. Então por quê a grande maioria parece ainda ignorar o “perigo da resistência bacteriana” e do uso indiscriminado de antibióticos?

21 - Você pode recomendar algumas medidas de prevenção e de controle para freiar a resistência bacteriana aos antibióticos?

22- Você sendo um profissional de saúde, já foi informado (a) que o Centro de Controle de Doenças Infecciosas (CDC), dos Estados Unidos, está divulgando que a *primeira ação para diminuir o risco da disseminação da resistência bacteriana* é a “lavagem das mãos”?

23 - Qual é o seu “temor” ao observar ou quando lhe contam que existe um número significativo de profissionais de saúde que ainda negligenciam a lavagem das mãos e também se excedem no uso de antibióticos?

24 - Você acredita que os profissionais são negligentes em lavar as mãos têm preocupação com o problema da infecção hospitalar?

25 - Como você interpreta a conduta ética destes profissionais que são descuidados com a lavagem das mãos e fazem uso indiscriminado de antibióticos?

26 - Você tem o “hábito” de sempre lavar as mãos, antes e depois que atende seus paciente?

27 - Na sua opinião, a negligência da lavagem das mãos, por parte de alguns profissionais de saúde, poderá estar relacionada a um conhecimento teórico/prático inadequado, ou de cuidado sem “preocupação” ou no desleixo de agir “com responsabilidade?”

28- Você tem esperança, que num futuro bem próximo os profissionais de saúde venham a incorporar conscientemente na sua prática, cotidiana, a “lavagem das mãos” para o Controle da Infecção Hospitalar?

29 - Você tem esperança, que num futuro bem próximo os profissionais de saúde venham a incorporar conscientemente na sua prática, cotidiana, o uso prudente de antibióticos?

30 - Será que os profissionais de saúde, em geral, adotam nas suas ações e práticas o princípio da responsabilidade em relação ao uso dos antibióticos?

31 - Você já leu ou ouviu falar da Ética da Responsabilidade de Hans Jonas?

32 - Se fosse oferecida uma oportunidade para participar de uma palestra sobre Ética da Responsabilidade de Hans Jonas, você gostaria de participar?

33 - Será que seu valor de vida é o mesmo do início desta entrevista? Você irá se preocupar em agir pensando na preservação das gerações futuras?

34 - Você tem “esperança” que os profissionais de saúde, que trabalham no Hospital Universitário, venham se conscientizar do “papel vital” que cada um tem no combate às bactérias-antibiótico-resistentes?

35- Você tem esperança que os profissionais de saúde, que trabalham no Hospital Universitário, “alertados do perigo do uso indiscriminado de antibióticos e da resistência bacteriana, venham adotar medidas mais criteriosas para o uso de antibióticos”?

36 - Você acha possível ocorrer mudança de atitude, entre os profissionais de saúde, em relação ao uso indiscriminado de antibióticos.

37 - Atualmente, cientistas do mundo inteiro propõem urgentemente um pacto visando a criação de UMA ALIANÇA PARA O USO PRUDENTE DE ANTIBIÓTICOS. Qual é o seu parecer sobre esta aliança? É Utopia ou uma realidade a ser trabalhada?

38 - 0 seu conceito de natureza bate com o de Hans Jonas? Para Hans Jonas (1995), o ponto de partida da Ética da Responsabilidade é *uma revisão do conceito de natureza*. Para este filósofo, o conceito de natureza adotado antigamente está totalmente defasado, *este mudou radicalmente com a aparição da ciência moderna e das técnicas que dela se deriva*. *Agora o homem constitui de fato uma ameaça para a constituição da vida na Terra. Não somente pode acabar com sua existência, como também pode alterar a essência do homem e desfigurá-la mediante diversas manipulações. Tudo isto representa uma mutação tal no campo da ação humana que nenhuma ética anterior se encontra na altura dos desafios do presente*. Por isso é necessária uma nova ética: uma ética orientada ao futuro, que pode ser chamada, com toda propriedade, 'Ética da Responsabilidade' (Pascual, 1994. In Jonas, 1995, p. 8).

39 - Conforme a seguinte afirmação; "O uso indiscriminado de antibióticos e a pressão destes na seleção de bactérias resistentes, seja nas infecções hospitalares ou comunitárias, ameaçam pôr em risco não só a vida presente dos seres humanos, mas também a vida das gerações futuras". Você acredita que este problema irá causar o impacto equivalente ao que preconiza Hans Jonas quando diz: "agora o homem constitui de fato uma ameaça para a constituição da vida na terra?"

40 - Na qualidade de profissional de saúde, e em relação à resistência bacteriana, você considera importante se adotar uma nova postura ética, uma ética orientada ao futuro, como a Ética da Responsabilidade de Hans Jonas?

41 - Você sente algum "temor" caso os profissionais de saúde não mudem suas atitudes, seus comportamentos em relação ao uso excessivo e indiscriminado de antibióticos?

42 - Há esperança de uma postura mais responsável dos profissionais de saúde em relação ao uso indiscriminado de antibióticos?

43 - 0 Hospital Universitário está se preparando para fomentar junto aos seus profissionais de saúde uma Aliança Para o Uso Prudente de Antibióticos?

44- Supondo que o H.U. não esteja preparado para difundir junto aos seus profissionais de saúde uma Aliança Para o Uso Prudente de Antibióticos qual seria sua postura ética? O que você faria?

45 - Você pretende discutir com seus colegas, alunos ou funcionários sobre a importância do uso prudente de antibióticos?

46 - Com estes pensamentos de Hans Jonas, você como profissional de saúde, um “o^lor de vidas alheias”, um ser humano que trabalha para viver, e vive cuidando de outras vidas, você se considera “um agente de transformação” ou um profissional de saúde que apenas exerce seu papel baseado no dever de médico, ou de enfermeiro, ou de farmac^icc, ou de bioquímico ou de cirurgião-dentista ?

47 - Você conhece profissionais de saúde que prescrevem antibióticos de modo abusivo ou indiscriminadamente?

48 - Sob o ponto de vista da Ética da Responsabilidade, será que estes seus colegas (que prescrevem antibióticos indiscriminadamente) estão preocupados com a qualidade de vida do seu paciente ou em preservar a vida de gerações futuras?

49 - Você sabia que a resistência bacteriana é considerada uma DOENÇA SOCIAL?

50 - Você considera que existe por parte dos profissionais de saúde, que trabalham no Hospital Universitário, consciência do perigo do uso indiscriminado de antibióticos, e o impacto da resistência bacteriana em todo o mundo?

51 - Será que os profissionais de saúde correlacionam o fenômeno das bactérias-antibiótico-resistentes e o processo da infecção hospitalar?

52.- No Hospital Universitário, existe algum guia ou protocolo para normalizar o uso de antibióticos?

53 - Até onde a formação profissional ajuda a mudar o Quadro?

54 - Qual é o papel da Universidade neste processo da problemática do uso indiscriminado de antibióticos?

55 - Para Hans Jonas, a ética da responsabilidade implica no “Sim a Vida” e sua continuidade futura. Qual o significado de vida para você?

ANEXO II - QUESTIONÁRIO ; DADOS DO ENTREVISTA DO I

MENSÃO:

LOCAL DE TRABALHO (UNIDADE HOSPITALAR):

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC:

IDADE:

ANO DE GRADUAÇÃO:

ESPECIALIZAÇÃO:

PÓS-GRADUAÇÃO: